ROK VI WARSZAWA 1932 LISTOPAD ZESZYT XI

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Rwa kulszowa - Ischias.

(Patogeneza, symptomatologja, djagnostyka różniczkowa i leczenie).

podał

DR. MED. FRANCISZEK SIENICKI. (Czyżew).

„Zbyt często u chorych, skarżących się na ból w dolnej kończynie rozpoznajemy rwę kulszową".

(Oppenheim).

Wstęp. Zadaniem mojem, zakreślonem w tym krótkim artykule będzie podać jakiemi drogami winna iść myśl rozpoznawcza lekarza, do którego przychodzi chory z bólem w kończynie dolnej, jak uniknąć, w miarę możności, błędów rozpoznawczych i jak pokierować leczeniem. Nie roszczę bynajmniej pretensji do całkowitego wyczerpania tematu. Ograniczę się do danych, niezbędnych dla lekarza praktyka.

Anatomja. Nerw kulszowy (n. ischiadicus) w połowie, mniej więcej, uda dzieli się na n. strzałkowy wspólny (n. peroneus comm.) i n. piszczelowy (n. tibialis). Mimo przebiegu we wspólnej pochewce do połowy uda, włókna tych dwu nerwów idą oddzielnie i wchodzą w skład splotu krzyżowego (pl. sacralis). Oba one dają gałązki do korzonków L_4 (idąc dośrodkowo).

N e r w s t r z a ł k o w y dochodzi do L_5, S_1, S_2 i dzieli się na n. peron super ficial. i prof. Ten ostatni zaopatruje wszystkie rozginacze goleni i zwrócone do siebie powierzchnie grzbietowe I-go i II-go palca.

N e r w p i s z c z e l o w y dochodzi do L_5, S_1, S_2, S_3 i daje gałązki do m. obturator int. mm. gemelli, m. quadr. femor, do wszystkich zginaczy uda (oprócz m. biceps. cap. breve), goleni i palców stopy.

Do splotu krzyżowego dochodzą włókna od truncus sympaticus.

Dane anatomiczne pozwolą zwrócić uwa-

gę na zależność przyczyny cierpienia i jego objawów.

Patogeneza i symptomatologja. Rwa kulszowa w większości przypadków jest cierpieniem wtórnem, chociaż zmiany pierwotne są mało uchwytne, a przyczyna tkwi najczęściej w zmianach kręgów lędźwiowych; stąd ucisk wzgl. drażnienie korzonków rdzeniowych idących od splotu krzyżowego.

Z obserwacji i wywiadów od chorych dowiadujemy się, że często przed wystąpieniem bólu w nodze, cierpieli oni na bóle w krzyżu. Łatwo zrozumieć, że przyczyną tych bólów była sprawa chorobowa, tocząca się w sąsiedztwie najbliższem korzonków, idących do splotu wyżej wspomnianego, poczem obniżyła się, wciągając w proces poszczególne części składowe splotu, przechodzące przez otwory międzykręgowe.

Tylko ta część korzonków ulega uciskowi lub podrażnieniu, która wchodzi do rdzenia w części ruchomej, a więc lędźwiowej kręgosłupa.

Korzonki niżej położone nie ucierpią, z powodu braku połączeń stawowych w kości krzyżowej. Tak często spotykany brak punktów bolesnych wzdłuż przebiegu n. kulszowego, również przemawia zatem, że obwodowe części nerwu rzadko biorą udział w cierpieniu. Górna zatem część korzonków splotu krzyżowego (L_4, L_5) jest najczęstszem siedliskiem choroby; przedewszystkiem więc ucierpi n. strzałkowy a potem piszczelowy, nieraz oba jednocześnie (L_4). Że ból w rwie kulszowej ma najczęstszą siedzibę w przestrzeniach międzykręgowych ostatnich kręgów lędźwiowych, potwierdza również i to spostrzeżenie kliniczne, że chory z rwą kulszową przechyla się w bok w stronę nogi zdrowej, ażeby przez boczne wygięcie kręgosłupa (scoliosis ischiadica) zmniejszyć ucisk na korzonki nerwowe; chód tych chorych jest b. ostrożny, nie jak w chorobie Buergera, z unieruchomieniem miednicy w stosunku do kręgosłupa; jeżeli chory się zgina ku przodowi, to zgięcie odbywa się głównie w stawach biodrowych z jaknajmniejszym udziałem kręgosłupa.

Za powyższem ujęciem przemawia również objaw Gara (p. niżej). Zmiany kręgosłupowe często są uchwytne dla oka rentgenologa np. zwapnienie więzadeł, zniekształcenia trzonów kręgowych (*spondylitis, spondyloarthritis, osteomalacia, ostitis deformans (Paget), ostitis fibrocystica (Recklinghausen)*, przerzuty nowotworów złośliwych. Cierpienia te, jeżeli dotyczą ostatnich kręgów lędźwiowych mogą się ukrywać pod maską rwy kulszowej.

Cały szereg jednak przyczyn tkwi w innych zmianach dla oka rentgenologa nieuchwytnych, a do nich należą: przeziębienia, wilgoć, zatrucie, choroby zakaźne, samozatrucie, urazy, ucisk długotrwały na nerw, poród, zastój kału i t. p.

Rozpoznanie rwy kulszowej opieramy głównie na bólach samoistnych i na bolesności w czasie wyciągania nerwu:

1. Objaw Laségue'a — ból w kończynie w czasie zginania jej w stawie biodrowym z wyprostowaniem w stawie kolanowym.

2. Objaw Neri — nachylenie tułowia ku przodowi w pozycji stojącej z kończynami górnemi skrzyżowanemi na piersiach, wywołuje zgięcie kończyny w stawie kolanowym.

3. Niemożność utrzymania się na palcach chorej kończyny.

4. Objaw Fajersztajna-Krzemickiego — ból w chorej kończynie w czasie rozginania wyciągniętej zdrowej kończyny. Pozatem:

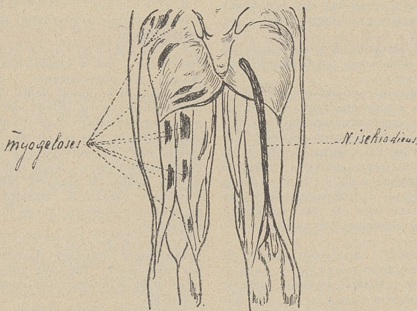
5. Objaw Gara: wrażliwość na ucisk wyrostka ościstego V-go kr. lędźwiowego.

Najpospolitszym z tych objawów jest objaw *Laségue'a*. Że każda rwa kulszowa wyraża się dodatnim *Laségue'em* zdaje się nie ulegać wątpliwości.

Ale nie każdy dodatni objaw *Laségue'a* przemawia za rwą kulszową, jak to słusznie podniósł *Bragard*.

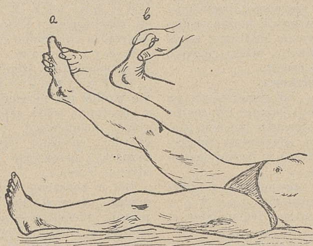
Są cierpienia, które *Lange* objął nazwą: *„pseudoischias"*. Francuzi zaś: *„myo — sciatique"* lub *„sciatique myalgique"* i te dają dodatni objaw *Laségue'a*, choć nie są rwą kulszową.

Cierpienia te polegają na zmianach w mięśniach pośladków i uda, przyczem powstają w nich stwardnienia (*myogeloses*), bolesne na ucisk i na wyciąganie (rys. 1).



Rys. 1. Umiejscowienie stwardnień mięśniowych w przypadku z „pseudo-ischias" i dodatnim obj. *Lasègue'a*. (Wg. *Lange'go*).

W tych przypadkach objaw *Lasègue'a* należy wykonać w modyfikacji *Bragard'a:* choremu w pozycji leżącej zginamy kończynę jak przy objawie *Lasègue'a*, do chwili wystąpienia uczucia napięcia, poczem zginamy stopę w kierunku grzbietowym — ruchowi temu towarzyszy żywy ból wzdłuż przebiegu n. piszczelowego i kulszowego (rys. 2).



Rys. 2. a) Wywołanie objawu *Lasègue'a*. b) Modyfikacja wg. *Bragard'a*. (Wg. *Lange'go*).

Jeżeli zaś rwa dotyczy więcej n. strzałkowego, należy wykonać zgięcie podeszwowe stopy, zginając w tym samym kierunku jednocześnie stopę, I i II-gi palec.

Cierpienia mięśniowe nie dadzą tych objawów, za wyjątkiem rzadkiego umiejscowienia zmian w mięśniach łydki lub znacznego skrócenia ścięgna *Achillesa* np. u kobiet, które noszą b. wysokie obcasy. Stwardnienia należy wyszukać, a w skró-

ceniach ścięgna sprawdzić czy jest możliwe bierne zgięcie grzbietowe stopy w pozycji leżącej.

Przyczyna stwardnień może być ta sama co rwy kulszowej (przeziębienia, infekcja, zatrucie).

Poza objawami subjektywnemi bólu w kończynie w czasie chodzenia lub wyciągania nerwu, często stwierdzamy wzmożenie, a w późniejszych okresach zanik odruchu ze ścięgna *Achillesa* (L_5 — S_2), jeżeli przy zaniku odruchu ze ścięgna Achillesa, odruch kolanowy (ośr. L_2 — L_4) również nie występuje, przyczyną bólu nie jest rwa kulszowa, a proces rdzeniowy lub zapalenie wielonerwowe.

Erben zauważył, że stanom, którym towarzyszy wzmożone parcie w jamie brzusznej (kaszel, kichanie, oddawanie kału), towarzyszy w rwie kulszowej żywy ból w kończynie lub pośladku.

W innych cierpieniach, wywołujących ból w kończynie (coxitis, osteochondritis deform. *Perthes-Calvé,* meralgia paraesthetica, morb. *Buergeri,* procesy rdzeniowe lub rozgrywające się w stawach stopy i t. p.), tłocznia brzuszna nie wywołuje bólu.

Niekiedy rozpoznanie ułatwia skarga chorego na rwanie, szarpanie, drętwienie, mrowienie, dalej stwierdzić można scoliosis ischiadica, zaburzenia troficzne: zanik części miękkich kończyny, niższa ciepłota, niekiedy zaburzenia czucia.

Djagnostyka różniczkowa.

1. Coxitis — ból umiejscawia się głównie w pachwinie i kolanie. W coxitis acuta uderzenie w kierunku panewki stawowej wywołuje ból, odwodzenie (abductio) i skręcanie (rotatio) w stawie biodrowym b. ograniczone.

2. Bóle po stronie zewnętrznej i tylnej uda mogą dawać cierpienia nerwów skórnych: n. cutanei femor. later. et post.

Cierpieniom tym towarzyszy niewrażliwość na dotyk, niezniesione jest natomiast czucie bólu np. przy uszczypnięciu. Jest to t. zw. „anaesthesie dolorose". Bóle nie dochodzą do kostki.

3. Meralgia paraesthetica — cierpienie, które trwa miesiące i lata, umiejscowione, rzadko występuje w cukrzycy lub towarzyszy wiądowi.

4. Hernia obturatoria — bóle po stronie wewnętrznej uda, objawy uwięzgnięcia.

5. Claudicatio interm. (morb. *Buergeri)* — ból w czasie chodzenia, zmuszający do przystawania i odpoczynku, brak tętna w a. dorsal. pedis, często i w a. retromalleolaris (a. tibial. post.), ucisk na podeszwę powoduje długotrwałe zblednięcie; przyczyną jest skurcz naczyniowy, powstały wskutek nadużywania tytuniu, napojów wyskokowych, wzgl. wskutek endarteriitis luetica, w malarji, długotrwałych chorobach zakaźnych, miażdżycy, cukrzycy, zatruciu ołowiem lub po długich przemarszach.

6. Bóle grzbietu stopy w przewlekłych zmianach stawowych i torebek śluzowych. Ból jest umiejscowiony; tylko ucisk w miejscu schorzałem wzmaga bolesność.

7. Skargi na bóle w kończynie mogą tylko współtowarzyszyć jakiemuś poważniejszemu cierpieniu: zmiany w narządach miednicy (ciąża, perimetritis, nowotwory gr. krokowego, pęcherza, prostnicy, macicy, jajników), zmiany w rdzeniu, rozszerzenie żył, zatory pni żylnych, samozatrucie, zatrucie, ostre zakażenia, zaczopowanie żył w mięśniach łydki i t. p.

8. Choroba Raynaud'a — ból ze zblednięciem i sinicą stopy, często ją poprzedza chromanie przestankowe.

9. Erythromelalgia — ból z zaczerwienieniem stopy, poty.

10. Polyneuritis — bóle uciskowe wzdłuż pni nerwowych nie identyczne z lokalizacją bólów samoistnych, zanik odruchu kolanowego, przebycie przedtem choroby zakaźnej (grypa, błonica, dur brzuszny) przewlekłe zatrucie (cukrzyca, alkohol, arsen.).

Ból w kończynie i zanik odruchu kolanowego nie wystarczy do rozpoznania zapalenia wielonerwowego; mogą je dawać zmiany w rdzeniu. Dopiero bóle uciskowe i brak zaburzeń ze strony pęcherza przemawia za polyneuritis. Obustronność cierpienia wyklucza rwę kulszową.

11. Kurcz łydki występuje po znacznych utratach płynów ustrojowych (cholera nostras), w czasie pływania w zimnej wodzie, po wyczerpaniu mięśni marszami, w zatruciach (nikotyna, alkohol, strychnina). Dotknięty mięsień jest

twardy i występuje raptowny nieznośny ból.

12. Ostitis *(Paget)* lub ostitis fibrocystica — periostitis luetica — zgrubienia okostnowe, zmiany rentgenologiczne.

13. Osteomyelitis — wysoka gorączka, ból trzonu kości udowej, złe samopoczucie, młody wiek, obrzęk.

14. Stwardnienia mięśni (myogeloses) — objaw piszczelowy *Bragard'a* i strzałkowy — ujemne, brak bolesności uciskowej po powleczeniu skóry parafiną lub tłuszczem, wzdłuż przebiegu n. kulszowego.

15. Nerwice (neurastenja, hysteria, melancholja) mogą być również powodem bólu w kończynie. Bóle te jednak są zmienne co do umiejscowienia i nasilenia, nie idą wzdłuż przebiegu anatomicznego nerwów, zmniejszają się po odwróceniu uwagi chorego, słowem zależą od jego bujnej wyobraźni i przewrażliwienia.

Leczenie rwy kulszowej rozpada się na leczenie choroby podstawowej, w której rwa występuje jako jeden z jej objawów, a jeżeli tego stwierdzić nie możemy, leczymy w sposób niżej podany.

W okresie ostrym, wychodząc z założenia, że najczęstszą przyczyną rwy bywa ucisk lub drażnienie korzonków rdzeniowych splotu krzyżowego, należy chorego ułożyć do łóżka, a jeżeli tylko w czasie chodzenia odczuwa ból, a chodzić jest zmuszony wywołać:

1. Sztuczną skoljozę, co udało się *Strasserowi* przez nałożenie grubej podeszwy pod but z chorą kończyną, poczem bóle uśmierzały się.

2. Zastosować procedury cieplne na krzyż i chorą kończynę: worek gumowy lub butelki z gorącą wodą, termofor elektr., piasek, aparat Polano i t. p.; nie stosować kąpieli.

3. Wywołać przekrwienie skóry: bańki, suchy kataplazm przeciwgośćcowy (Motor), pryszczydła, liniment. ol. sinapis (15%), Tinc capsici, 10% liq. ammonii caust., 10% ung. c. ol. sinapis. Okład należy zrobić na krzyż, pokryć ceratką, owinąć flanelą i potrzymać 2 — 3 godziny; dla wzmocnienia działania na wierzch okładu nałożyć worek lub butelki z gorącą wodą. Procedurę powtarzać codziennie aż do wywołania silnego przekrwienia wzgl. słabego zapalenia skóry.

Osobiście od kilku lat stosuję points de feu zapomocą żegadła Paquelin'a na okolicę krzyża wzdłuż przebiegu n. kulszowego, w razie potrzeby po 4 — 5 dniach powtarzam ten zabieg; po przyżeganiu nakłada się pas przeprasowanego płótna, potem flanelę i na to butelki lub worek z gorącą wodą. Prócz przekrwienia, uzyskanego odrazu po przyżeganiu, w miejscach przyżegania zbiera się nieco płynu surowiczego, który działa jak łagodna proteino — wzgl. autoserotorapja.

Jednocześnie wstrzykuję dożylnie lub domięśniowo: atophanyl, chinophanyl, varicosan, erbephanyl z cibalginą lub dialem.

4. Niektórzy stosują procedury napotne w postaci wysokich dawek natr. salicyl. np. 15 — 25 gr. dziennie z podwójną ilością sody w 8 — 10 dawkach, rozpuszczonych w 100 gr. wody (metoda *Danielopolu* w gośćcu) i pilokarpinę (0,01 gr. dziennie podskórnie).

Po pilokarpinie zauważyłem w przypadkach rwy, połączonej z causalgją (mrowienie, drętwienie i t. p.), zależnej prawdopodobnie w dużej mierze od układu autonomicznego — znaczne polepszenie. Do wewnątrz podaję: veramon, cibalginę, mieszaniny jak np. Melubrini 0,4, pyramidoni 0,25, Diali 0,05 — 0,1, aconitini nitr. 0,0001, S. 2 — 3 razy dziennie po 1 proszku: lub Sol. calcii bromati 15,0:200,0, antipyrini 0,3, codeini phosph. wzgl. morphii mur. 0,12. S. 3 razy dziennie po łyżce stołowej.

Obok procedur wyżej wymienionych zaleca się pacjentowi: leżenie w łóżku w ciągu 2-ch tygodni; jeżeli następuje poprawa, chory jeszcze w przeciągu 2 — 3 tygodni winien się chronić: a) nosić lub podnosić jakiekolwiek ciężary, b) nie chodzić boso, c) nie siadać na krawędzi siedzenia twardego i bez oparcia, d) w porze deszczowej przebywać w domu, wystrzegać się przeciągów i conajważniejsze: e) nie spółkować, chyba że, w razie choroby męża, żona przyjmie pozycję męża, tak ażeby jego art. sacro-iliaca i kręgi lędźwiowe pozostały unieruchomione. Jeżeli zabiegi wyżej wymienione nie dają poprawy w przeciągu 4-ch tygodni, przechodzimy do szczepień, leczenia bodźcowego, masaży i kąpieli leczniczych.

5. Szczepień dokonywamy: a) szczepionką Ponndorffa B. *(Haut-*

Misch-Impfstoff B.). Technika szczepień dołączona jest do fjolek. Widziałem b. dobre skutki.

b) szczepienia „C u t i v a c c i n ą" *Paul'a* nie dawały mi pożądanych wyników.

c) V a c c i n e u r i n a natomiast okazała się b. dobrym środkiem, który dość często stosuję. W jednym przypadku nie otrzymałem po niej polepszenia, przeszedłem na szczepienia Ponndorffa i cierpienie ustąpiło po 5 szczep.

d) neuroyatren — podobnie jak vaccineurina zasługuje na stosowanie. Ze względu na opakowanie 25-cio gr. wstrzykiwania można indywidualizować.

6. T e r a p j a b o d ź c o w a: mleko (5 cm.^{3} domięśniowo), lactosteril (1 — 2 — 10 cm.^{3}), aolan, caseosan, yatren—casein, a następnie novoprotin, kw. nukleinowy, pepton, siarka, terpichin, sufrogol i t. p.

Osobiście niekiedy już w 3-im tygodniu choroby wstrzykuję mleko (5 cm.^{3}) i 1 cm.^{3} yatren-caseiny mocnej, wraz z atophanyłem i cibalginą, co jest wygodne dla chorych ambulatoryjnych, jeżeli po I-ej serji bóle nie zmniejszają się, na 4 — 5 dzień powtarzam to samo.

7. E l e k t r o t e r a p j a: a) g a l w a n i z a c j a od drugiego tygodnia choroby, w komorze wodno-elektrycznej lub zwyczajnie (+) na ostatn. kręgu lędźwiowym, (—) w podbrzuszu; wzgl. (—) nad for. ischiad. maj., (+) wzdłuż przebiegu nerwu. Siła prądu do 30 mA. Czas trwania 10 — 15 min.

Nieraz zmieniamy kilka razy kierunek prądu w czasie jednego seansu i to daje dodatni wynik.

W okresach późniejszych próbujemy galwanofaradyzacji a nawet samej faradyzacji, o ile nie wzmaga się ból po tych zabiegach.

b) E l e k t r o j o n i z a c j a: roztworem antipyriny 3 — 5%; w neuritis n. ischiadici 3 — 5% roztw. natr. salicyl. lub 3 — 5% roztw. natr. jodici (katoda).

c) D i a t e r m j a i d'Arsonwalizacja wpływają kojąco na ból.

8. W s t r z y k i w a n i e: okołonerwowe, donerwowe *(Lange)*, epiduralne Cathelin'a, oksygenoterapja, wstrzyk. powietrza wyjałowionego, azotu i t. p. często pozostają bez efektu.

9. W y c i ą g a n i e n e r w u w uśpieniu lub znieczuleniu lędźw. w ciężkich przypadkach z początku bezkrwawe, w razie potrzeby krwawe — daje znaczny odsetek wyzdrowień.

10. W jednym przypadku b. opornym na leczenie sposobami wyżej podanemi, a ból utrzymywał się głównie w krzyżu i stamtąd promieniował do tylnej części uda, udało mi się osiągnąć wyleczenie przez 4-ro krotne wstrzykiwanie w mięśnie lędźwiowe w miejsce najbardziej bolesne 1 — 2 cm.^{3} 5% roztw. natr. jodati z dodatkiem ½% novocainy, połączone z 3-ma wstrzyk. domięśn. 0,5 — 1 cm.^{3} neuroyatrenu, co 3-ci dzień, coby potwierdzało korzonkowe pochodzenie rwy kulszowej.

S t r e s z c z a j ą c s i ę pragnę zaznaczyć, że:

1. rwę kulszową należy leczyć postępowaniem, skierowanem głównie na okolicę krzyża,

2. z początku przekrwieniem, a potem, gdy zajdzie potrzeba szczepieniami i terapją bodźcową, wreszcie

3. po 2 — 3 miesiącach mało lub bezskutecznego leczenia należy wysłać chorego do źródeł termalnych (Ciechocinek).

PIŚMIENNICTWO.

K. Orzechowski. Rozpoznanie i leczenie rwy kulszowej — 1930.

S. Erben. Ischias u. verwandte Zust. (M. M. Wschr. Nr. 26 — 1932).

M. Lange. Ischias u pseudoischias. Diffdg. Bhdl. (M. M. W. Nr. 35 — 1932).

Cornelius. D. Bedeutung d. aerztl. Heilmass. f. Ischias u. s. w. (M. M. W. 6r. 35 — 1932).

K. Bragard. Ueber d'Laséguesche Phaenomaen. (M. M. W. Nr. 9 — 1928).

W sprawie dawkowania passifloriny w nerwicach na tle histerycznym.

podał

DR. MED. JÓZEF STAWECKI.
Maków-Mazowiecki.

W ciągu ubiegłego roku miałem możność obserwowania 3 wypadków nerwic o uporczywym przebiegu i o znacznej oporności na środki lecznicze.

Podaję zaś je do wiadomości kolegów, gdyż spotkałem się kilkakrotnie z mniemaniem, że Passiflorina wywiera jedynie działanie nasenne.

Przypadek 1. P. W. M. lat 39 żona ziemianina. Przed pół rokiem na skutek nieporozumień rodzinnych wystąpiła nagła drażliwość, stały niepokój, napady lęku, oraz „bicie serca". Mimo starannego leczenia, dolegliwości wzrastały, ostatnio chora na najmniejszą podnietę, nawet wzrokową, reaguje zerwaniem się z łóżka krzykiem oraz zdradza chęć ucieczki.

Wezwany przypadkiem znalazłem chorą podniecona, niespokojną; na mój widok wyciąga olbrzymią kartę papieru ze spisem swych skarg. Z trudem udaje mi się przebrnąć przez potop wymowy. Dopiero po wyczerpaniu litanji mogłem przystąpić do badania.

Chora wychudzona, t. 36,7, tętno 69 — 90 na minutę zmieniające tempo co 20 — 30 sek. średnio napięte i napełnione, wszystkie odruchy wzmożone, prawa źrenica nieco większa od lewej, reakcja na światło b. szybka, chwilami występuje nystagm poziomy. Dermografizm — czerwona pręga utrzymuje się do 10 minut.

Zmian patologicznych w narządach wewnętrznych nie znalazłem. Nie rodziła i nie roniła, miesiączki co 4 tygodnie, trwające do 5 dni niebolesne, skąpe.

Chora, z przepisu kolegi, używa 3 — 4 gramy NaBr dziennie, nie licząc walerjany, którą pije bez miary, mimo tego, a może dla tego, skarży się na bezsenność, próbowała zmniejszyć dozy, a nawet 2 dni nie brała nic, jednak czuła się znacznie gorzej.

Rozpoznałem nerwicę o znacznym podkładzie Hy (chorą znam z czasów panieństwa, zdradzała objawy Hy i wtedy).

Zaleciłem odstawienie dotychczasowych środków; natomiast co 3 godziny łyżkę stołową Passifloriny.

Po 3 dniach byłem wezwany powtórnie. Dolegliwości prawie ustąpiły, śpi dobrze. Chora spokojna, apetyt znacznie lepszy, uskarża się tylko na osłabienie. Niepokój znikł, odruchy nieco żywsze niż normalne. Zaleciłem stopniowe zmniejszanie dawki. Po 2 tygodniach mogła powrócić do swych zajęć. Obecnie tylko po dniach wymagających większej pracy używa 1 łyżeczkę Passifloriny na noc.

Obserwuję pacjentkę do dziś i nie zauważyłem żadnych śladów chorobowych.

Przyp. 2, panna S. lat 26. Od paru dni uporczywe bóle głowy, zmienność nastroju, wymioty, drażliwość, bezsenność, znaczna pobudliwość. Zmian patologicznych niema. Odruchy wzmożone, tętno od 81 — 105 na minutę, zmienia się co 20 — 40 sek. Reakcja na światło szybka, dermografizm — pręga czerwona występuje natychmiast i trwa do 9 minut. Bierze 3 razy dziennie po 0,5 NaBr, prócz tego 3 pastylki Bromuralu. Zaleciłem co 3 godziny łyżkę stołową Passifloriny.

Na drugi dzień zmuszony byłem podnieść dawkę Passifloriny, wskutek szybko przemijającego działania do 2 łyżek stołowych co 2 godziny. Po dalszych dwu dniach (licząc od podniesienia dawki) wszelkie objawy ustąpiły. Obecnie czuje się dobrze i leku nie używa.

Przyp. 3, panna Ł. S., lat 18, izraelitka. Od paru tygodni niepokój, nudności, drżenie rąk, „bicie serca".

Zmian patologicznych nie stwierdza się. Odruchy wzmożone, czerwona pręga na skórze występuje po 10" utrzymuje się do 14'. Pacjentka sprawia wrażenie ptaka złapanego w sieci.

Wątła, wychudzona, niema apetytu.

Zażywała dotąd walerjanę, przepisaną wraz z bromem w kroplach po 30 — 3 razy dz. Zaleciłem 3 razy dz. po łyżeczce Pass. po 3 dniach podniosłem dawkę do łyżki stołowej co 3 godziny. Po 5 dniach wszystkie objawy zginęły.

W tych trzech przypadkach leczonych przedemną przez innych kolegów, w przeciągu czasu od 5 dni (przyp. 2-gi) do 7 miesięcy (przyp. 1) preparatami bromowemi bez skutku, zmuszony byłem przekroczyć zwykłe dawki Pass. kilkakrotnie.

Zaznaczam, że żadnych ubocznych objawów nie zauważyłem. Chore chętnie przyjmowały lek, działanie występowało stosunkowo szybko.

Wśród zaś powodzi leków uspokajających, jakiemi rynek jest od dłuższego czasu zasypywany Pass. wyróżnia się tem, iż nie zawiera żadnych narkotyków, bądź z grupy pochodnych kwasu barbiturowego, bądź roślinnych.

Stosowanie nawet tak dużych dawek jak np. w przypadku 2-gim, dochodzących do 24 łyżek stołowych dziennie, nie wywoływało żadnych objawów ubocznych, w postaci oszołomienia, zawrotów głowy, które tak często obserwuje się po nawet zwykłych dawkach pochodnych kw. barbiturowego.

Wobec tego niezrozumiałem jest dla mnie stanowisko niektórych kolegów, którzy odnoszą się sceptycznie do niektórych leków roślinych, uważając również Passiflorinę za lek o działaniu słabem.

Przypuszczam jednak, że 1-mo podają zbyt małe dawki, uważając dawki podane przez firmę za maksymalne, bądź też przy badaniu przeoczą jakąś niewielką zmianę patologiczną i nie starają się leczyć podstawowo, a jedynie objawowo.

W zakończeniu zanaczyć pragnę, że Passiflorina jest lekiem zupełnie nieszkodliwym, gdyż ja sam wypiłem pewnego dnia po silnem zdenerwowaniu około 50 gramów — ½ buteleczki próbnej na raz i poza lekką sennością, zresztą szybko przemijającą, żadnych ujemnych skutków nie zauważyłem, — zdenerwowanie natomiast szybko minęło.

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Leczenie hipoglikemji. (Traitement de l'hypoglycémie). Sigwald.
Journal médical français. Nr. 7. 1932.

Objawy hipoglikemji leczy się zawsze jednakowo niezależnie od ich przyczyny, jednakże poznanie etiologji jest konieczne, aby zapobiedz występowaniu kompleksu hipoglikemicznego w przyszłości.

W przypadkach lekkiej hipoglikemji wystarcza w zupełności podanie pewnej ilości cukru, najlepiej od 20 — 40 gramów; naogół 25 gramów wystarcza, by zniknęły wszystkie objawy. Przy objawach cięższych cukier powinien być podany śródżylnie, w rozczynach 20 — 30%, albo w lawatywach kroplowych. Glukoza działa w tych przypadkach szybciej od wszystkich innych cukrów. Jeżeli wstrzyknięcie glukozy nie dało wyraźnego wyniku albo objawy występują na nowo, należy ponownie zastosować glukozę, dodając podskórnie 0.001 adrenaliny. Ta ostatnia działa jednak tylko wtedy, jeżeli chorzy posiadają dostateczne zapasy węglowodanowe. Oprócz tego działa korzystnie kofeina, pod której wpływem znikają również objawy hipoglikemiczne, chlorek wapnia zmniejsza drgawki, wreszcie chorych trzeba utrzymywać w spokoju i w cieple, zastosowując małe dawki środków nasercowych. Po ciężkich objawach hipoglikemji chorzy powinni przynajmniej przez kilka godzin pozostawać pod stałą obserwacją, gdyż niebezpieczne objawy mogą się powtórzyć. Przy hipoglikemji samoistnej leczenie objawowe polega również na podaniu węglowodanów, ale należy doszukiwać się istotnej przyczyny cierpienia i wtedy zastosować odpowiednie leczenie. Leczenie chirurgiczne jest konieczne w przypadkach, gdy się ma do czynienia z usuwalnemi guzami trzustki; przy niewydolności nadnerczy podawanie ich wyciągów i stosowanie adrenaliny może zmniejszyć objawy. Jeżeli hipoglikemja jest wywołana błędami djetetynemi należy odpowiednio zmienić odżywianie, tam gdzie podawano za mało węglowodanów należy je powiększyć, jednak w przypadkach hipoglikemji pochodzenia odruchowego, wywołanej spożywaniem dużych ilości węglowodanów trzeba te ostatnie zmniejszyć a szczególnie podawać je w małych ilościach. Przy hipoglikemji okresu karmienia należy ograniczyć karmienie i przed nim zawsze podawać węglowodany. Również i przed ciężką pracą fizyczną należy spożywać węglowodany, aby uniknąć późniejszych objawów hipoglikemicznych.

Hipoglikemje samoistne. (Les hypoglycémies spontanées). Sigwald.
Journal médical français. Nr. 7. 1932.

Hipoglikemja samoistna występuje poza granicami wszelkiego działania leczniczego. Hipoglikemja to zjawia się czasami u ludzi dorosłych przyczem wystąpić mogą objawy różne od najlżejszych do najcięższych. Bywa jednak i tak, że stwierdza się przypadkowo spadek cukru we krwi bez żadnych objawów.

Objawy hipoglikemji spontanicznej bywają bardzo różne. Chorzy najczęściej cierpią od kilku lat na różne dolegliwości, których cechą wspólną jest to, że występują w pewnych porach dniach najczęściej przed jedzeniem. Często jest to przesadzone uczucie głodu, czasami towarzyszy mu ogólne złe samopoczucie, niepokój, zdenerwowanie. Naogół po jedzeniu objawy te znikają, z tego też powodu chorzy ci jedzą częściej, doprowadzając czasem do powstania nawet znacznej otyłości. Z biegiem czasu jednak przykre objawy nasilają się, uczucie głodu, nerwowość, niepokój, zmęczenie staje się coraz silniejsze, mogą wystąpić drgawki i konwulsje przyczem na zaostrzenie stanu wpływają silniejsze zmęczenie, zaziębienie, zmiana odżywiania. Chorzy tacy bardzo często są leczeni przez długie lata bądź jako chorzy przewodu pokarmowego, bądź jako sercowi albo neuropaci. Wreszcie gdy wszystkie sposoby leczenia zawiodą i gdy zwróci się uwagę na systematyczne występowanie dolegliwości przed jedzeniem i ich znikanie po spożyciu pokarmów, zostaje czasami postawione prawdziwe rozpoznanie. U chorych takich stwierdza się naogół na czczo nizki poziom cukru we krwi (od 0, 50 — 0,70). Po spożyciu węglowodanów poziom cukru podnosi się do wysokości prawidłowej, ale wkrótce wraca do poziomu, stwierdzonego na czczo. Zmęczenie fizyczne wpływa jeszcze bardziej na ten spadek i w ciągu dnia spostrzega się większe spadki glikemji po pracy jak w spokoju. Podawanie węglowodanów może przez długi okres czasu wpływać dodatnio na zaburzenia, ale te ostatnie mogą się tak dalece powiększyć, że odżywianie już nie wystarcza by je usunąć, aż wreszcie przy zaostrzeniu należy się uciec do śródżylnych wstrzykiwań glukozy. Stwierdzono jednak przy przypadkowych badaniach poziomu cukru we krwi, że czasami hipoglikemje bardzo znaczne, bo dochodzące do 0,40, mogą przebiegać bez żadnych objawów klinicznych. Wyświetlenie przyczyn hipoglikemji spontanicznej łączy się z mechanizmem całej przemiany węglowodanowej. Poziom cukru we krwi jest regulowany z jednej strony przez nadnercza i wydzielanie adrenaliny, która go podnosi, z drugiej strony przez wewnętrzne wydzielanie trzustki, która go obniża. Działanie insuliny jest wzmagane przez wydzielinę jajnika i gruczołów ślinowych, działanie nadnerczy przez przysadkę mózgową i tarczycę. Układ nerwowy zapewnia sprawne działanie antagonistycznych układów gruczołowych. Po spożyciu węglowodanów podwyższenie poziomu cukru we krwi drażni ośrodki nerwowe i poprzez nerw błędny wywołuje większe wydzielanie insuliny przez trzustkę, co obniża poziom cukru, równocześnie i wydzielanie adrenaliny jest zahamowane. Skłonność do hipoglikemji, która wtedy powstaje prowadzi jednak znowu do wzmożonego wytrząsania adrenaliny. W ten sposób poziom cukru we krwi z nie-

znacznemi wahaniami po spożyciu pokarmów pozostaje jednak na pewnej stałej wysokości. Zaburzenie tego mechanizmu może dotyczyć w pierwszej linji wydzielania gruczołów, które może się zmienić na tle organicznem albo czynnościowem. Hipoglikemję w pierwszej linji mogą wywołać zaburzenia w wydzielaniu trzustki przyczem nadmierne wydzielanie insuliny może nastąpić na skutek organicznych zmian trzustki, jej nowotworów dobrotliwych albo złośliwych. Są opisywane przypadki, w których po usunięciu małego gruczolaka trzustki zniknęły ciężkie objawy hipoglikemji. W jednym przypadku, w którym śmierć nastąpiła po ciężkich atakach hipoglikemji stwierdzono hyperplazję wysepek Langerhansa, opisany jest także przypadek pancreatitis jako przyczyny hipoglikemji. Najczęstszą jednak przyczyna tej ostatniej są zaburzenia czynnościowe w wydzielaniu wewnętrznem trzustki. Nadmierne wydzielanie insuliny istnieje prawdopodobnie w tych wszystkich przypadkach hipoglikemji spontanicznej, w których nie można wykryć żadnej zmiany organicznej trzustki lub innych gruczołów. Zmiany wydzielania trzustki wywołują nagół hipoglikemje o przebiegu lekkim, będące raczej dla chorych przykrością niż chorobą lub niebezpieczeństwem.

W tych przypadkach wystarcza zmiana sposobu odżywiania aby usunąć wszystkie dolegliwości, chorzy jedzą nieco częściej albo mają parę kawałków cukru przy sobie, aby je spożyć w razie wystąpienia objawów. Bardziej złożone są te przypadki, w których z hipoglikemją łączą się zaburzenia innych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, tarczycy, nadnerczy i przysadki mózgowej. Zrozumiałem jest bowiem, że zaburzenia układów gruczołowych, które działają antagonistycznie w stosunku do insuliny muszą również obniżać poziom cukru we krwi. Stwierdza się wobec tego hipoglikemję przedewszystkiem w przebiegu cierpień nadnerczy, w chorobie Addisona, a także przy przewlekłej lub ostrej niewydolności nadnerczy szczególnie w przypadkach gruźlicy płucnej; przy zaburzeniach wydzielania tarczycy stwierdzano ją w przebiegu obrzęku śluzowatego, jednakże nie daje ona wtedy objawów. Ponieważ układ nerwowy reguluje przemianę węglowodanową mogą i jego zaburzenia wpływać na poziom cukru we krwi, to też stwierdzano hipoglikemję w przebiegu chorób nerwowych, w epilepsji, neurastenji i t. d.

Hipoglikemja zjawia się często w postaci odczynu, który jest zjawiskiem fizjologicznem u ludzi zdrowych, jednakże może się zaakcentować i występować w sposób przesadny u ludzi odżywiających się bardzo obficie. W warunkach prawidłowych po spożyciu węglowodanów poziom cukru we krwi w pierwszych minutach obniża się, poczem mniej więcej w ciągu godziny podnosi się, poczem znowu opada najczęściej nieco poniżej poziomu pierwot., pozostając jednakże jeszcze w granicach prawidłowych. Tam gdzie mechanizm regulacyjny jest nadzwyczajnie wrażliwy wtórny spadek poziomu cukru we krwi jest bardzo znaczny, może dojść do 0,50 — 0,40 i wtedy zjawiają się kliniczne objawy hipoglikemji. Ten stan występując z jednej strony u osób nerwowych z wrażliwym mechanizmem regulacyjnym zjawić się może w końcu i u tych ludzi, którzy, jedząc dużo, drażnią stale swą trzustkę i doprowadzają do jej wzmożonego wydzielania. Hipoglikemja ze wszystkimi jej objawami może być wreszcie wywołana i niedostatecznem odżywianiem (post), zaburzeniami w odżywianiu, (rozwolnienia, wymioty) nadmiernem wydzielaniem węglowodanów, (diabetes renalis) wreszcie wyczerpaniem zapasów węglowodanów np. po dłuższym i cięższym wysiłku fizycznym.

Po wysiłku spostrzegano, że objawy zmęczenia występują równolegle do obniżającego się poziomu cukru we krwi. Stopniowe zmniejszanie zapasów węglowodanowych, prowadzące do objawów hipoglikemji, opisywano przy cierpieniach wątroby i rzadziej w cierpieniach mięśni.

Autor zwraca uwagę, że stwierdzenie hipoglikemji może być trudne, jednakże gdy się już raz ma podejrzenia w tym kierunku, oznaczenie cukru we krwi ułatwi rozpoznanie hipoglikemji, której istoty trzeba się doszukiwać za pomocą dalszych systematycznych badań, dotyczących przedewszystkiem zaburzeń przemiany węglowodanowej i wydzielania wewnętrznego, przedewszystkiem trzustki, dalej nadnerczy, tarczycy i przysadki mózgowej. Tam, gdzie niema wyraźnych zmian, należy przypuszczać, że się ma do czynienia z hipoglikemją pochodzenia trzustkowego. Przy ciężkich objawach klinicznych i znacznej hipoglikemji wskazany jest zabieg.

O cechach klinicznych hipoglikemji. (**Signes cliniques de hypoglycémie**). **S i g w a l d.**

Le Journal médical français. Nr. 7. 1932.

Objawy kliniczne hipoglikemji są bardzo liczne i mogą dotyczyć różnych układów. Odróżnia się więc objawy naczynioruchowe, sercowe, objawy ze strony przewodu pokarmowego i wreszcie objawy nerwowe. Te ostatnie są najczęstsze, gdyż układ nerwowy zdaje się być najbardziej wrażliwym na obniżenie poziomu krwi. Objawy te są zawsze jednakowe niezależnie od sposobu w jaki hipoglikemja powstała, czy to z powodu podania insuliny, czy też samoistnie. Występują one zawsze w pewnym porządku i zależnie od ich nasilenia odróżnia się hipoglikemję lekką, średnią i ciężką, kończącą się zapaścią. Objawy ogólne polegają nagół na uczuciu znużenia i zmęczenia tak silnego, że czasami wszelka praca staje się niemożliwa. Zmęczenie to bywa czysto fizyczne, chorzy mają uczucie, że się ruszyć nie mogą i znużenie to znika dopiero po spożyciu kawałka cukru; w innych przypadkach zmęczenie jest czysto psychiczne, dotknięci nim mają wrażenie pustki w głowie z trudnością pojmują co się do nich mówi. W przypadkach dłuższej i cięższej hipoglikemji ciepłota ciała opada. Jednym z dalszych najczęstszych objawów jest poczucie głodu, czasami tak silne, że pociąga za sobą ogólne osłabienie, zdenerwowanie, uczucie lęku. Z uczuciem głodu łączą się czasami bóle w okolicy żołądka, które może są wywołane skurczami żołądka. Skurcze takie spostrzegano w następstwie hipoglikemji, wywołanej doświadczalnie bez użycia insuliny. Są one bardzo silne przy hipoglikemji lekkiej, natomiast przy znaczniejszym spadku poziomu cukru we krwi np. poniżej 0,45%, żołądek jest zupełnie atoniczny. Spadkowi poziomu cukru we krwi towarzyszy większe wydzielanie soku żołądkowego, więsza jego kwaśność. Rzadkim ale poważnym objawem hipoglikemji jest hematemesis.

Objawy sercowe hipoglikemji nie są charakterystyczne, wyrażają się one często w przykrych

uczuciach koło serca, biciem serca. Natomiast u chorych sercowych hipoglikemja może mieć następstwa bardzo poważne, mogą wystąpić objawy niedomogi serca, a nawet spostrzegano nagłą śmierć u chorych z dusznicą bolesną, leczonych insuliną. Zachowanie się ciśnienia krwi nie jest zupełnie jednolite. U osób zdrowych, u których wywołuje się hipoglikemję doświadczalnie, występuje podwyższenie ciśnienia krwi prawdopodobnie w następstwie odruchowego wytrząsania adrenaliny do krwi, które występuje po obniżeniu poziomu cukru we krwi. Obniżenie ciśnienia krwi u chorych cukrzycowych, leczonych insuliną zjawia się prawdopodobnie z powodu działania tego hormonu na mięsień sercowy albo na napięcie naczyń obwodowych. Objawy nerwowe hipoglikemji są bardzo liczne. Polegają one w pierwszej linji na zaburzeniach naczyń naczynioruchowych, bladości lub zaczerwienieniu twarzy, potach, drżeniu, dreszczach, wreszcie na uczuciu ogólnego osłabienia, niepokoju, częste są bóle głowy. Czasami występują ataki drgawek, które rzadko przebiegają w formie klasycznych ataków epileptycznych, znacznie częściej są to jakby ataki epileptyczne poronne, nietypowe. W innych znowu przypadkach zamiast ataków epileptycznych występują ich ekwiwalenty w formie bardzo różnorodnej, czasami są to migreny, czasami zwyczajne bóle głowy, w innych znowu przypadkach zaćmienia psychiczne, amnezje przejściowe, a wreszcie najróżnorodniejsze nerwicowe i psychotyczne objawy. Cechą charakterystyczną tych wszystkich objawów psychicznych jest ich przejściowość, ich zupełne znikanie, bez pozostawienia śladu wspomnienia o stanie poprzednim po przejściu hipoglikemji. Uderza także, że jeden i ten sam chory może mieć różne ekwiwalenty i że jego poprzedni stan psychiczny mało wpływa na rodzaj zaburzeń. Objawy nerwowe występować mogą i w postaci zaburzeń organicznych, jako przejściowe monoplegje, hemiplegje, kontraktury, z objawami afazji, zaburzeniami ocznemi, mydriazą, myozą, diplopją i t. d.

Przy znacznym spadku poziomu cukru we krwi poniżej 0,500 może wystąpić coma, czasami zjawia się ono nagle, brutalnie, w innych przypadkach i częściej jest ono tylko wynikiem licznych klinicznych objawów, które powiększając się powoli pociągają za sobą osłabienie, zamroczenie i wreszcie zupełną zapaść. Przy lekkiem koma chory odpowiada jeszcze na bodźce zewnętrzne, w ciężkiem spoczywa bez ruchu, nie reagując na świat zewnętrzny. Często towarzyszą tej zapaści hipoglikemicznej objawy wzmożonej pobudliwości nerwowej, czasami ją porzedzają. Czasami są to drgawki poszczególnych grup mięśniowych w innych przypadkach drgawki ogólne najczęściej o charakterze nietypowym, wreszcie wzmożona pobudliwość zdradza się niepokojem, krzykami, czasem histerycznym lub katatonicznym zachowaniem. Cechą charakterystyczną wszystkich rodzajów coma jest jego zakończenie: wstrzyknięcie śródżylne małej ilości glukozy lub spożycie cukru doprowadza chorych w ciągu kilku minut do stanu prawidłowego, wraca świadomość, znikają drgawki, jednak pozostaje zawsze zupełna amnezja wszystkiego co dotyczyć się mogło okresu coma. Ten zupełny brak świadomości przebytych zaburzeń jest charakterystyczną cechą zapaści hipoglikemicznej.

O codziennych wstrzykiwaniach większych ilości hypertonicznego roztworu glukozy u chorych nerkowych z nadciśnieniem. (Les injections intraveineuses, quotidiennes, massives de solution glucosée hypertonique chez les brightiques hypertendus). R o c h, M a r t i n, S c i c l o u n o f f.

Présse Médicale. Nr. 65. 1932.

Wstrzykiwania większych ilości roztworu glukozy stosowano dotychczas z dużym powodzeniem w przypadkach niewydolności wątroby, z marskością i żółtaczką, w różnych zatruciach, w szczególności w zatruciu grzybami, w przypadkach znacznego podupadnięcia stanu odżywiania, wreszcie w przypadkach niedomogi serca. Jako przeciwskazanie do wstrzykiwanń śródżylnych glukozy w większych ilościach uważano głównie stany nadciśnienia, przypuszczając, że wprowadzenie śródżylne większej ilości płynu, powiększając ilość płynu krążącego i wzmagając nadciśnienie, doprowadzić może do obrzęku płuc, rozszerzenia serca i t. d. Autorzy wstrzykiwali u 3 ciężko chorych nerkowych przez kilkanaście dni z rzędu codziennie po 500 cm.[3] 20% rozczynu glukozy. W następstwie tych wstrzykiwań stwierdzili poprawę stanu ogólnego, zmniejszenie ilości mocznika we krwi i w szczególności znaczny wyraźny spadek ciśnienia skurczowego i rozkurczowego. Poprawa ta wprawdzie nie była długotrwała, jednakże autorzy tłomaczą to ciężkim stanem swoich chorych, u których zostało już wyczerpane działanie wszystkich środków leczniczych. W każdym razie można te wstrzykiwania stosować z nadzieją pewnej poprawy w tych wszystkich stanach, w których działanie innych środków zostało wyczerpane, nie jest także wykluczone, że mogą one mieć działanie dodatnie i w stanach mniej ciężkich, a w szczególności u chorych z nadciśnieniem. Autorzy przypuszczają, że działanie glukozy na obniżenie ciśnienia krwi polega głównie na pobudzeniu wewnętrznego wydzielania trzustki.

Wstrzykiwania te powinny być wykonywane powoli. Autorzy wstrzykiwali naogół pół litra glukozy w ciągu półtorej do dwóch godzin, regulując dopływ glukozy na 100 kropel na minutę. Czasami występowały po wstrzykiwaniach gwałtowne podwyższenia ciepłoty, nie mające jednak nigdy następstw poważniejszych.

Choroba Hodgkina a gruźlica. (Maladie de Hodgkine et tuberculose). L a u b r y i M a r c h a l.

Présse Médicale. Nr. 74. 1932.

Autorzy omawiają stosunek między gruźlicą i różnemi odmianami lasecznika gruźliczego a chorobą Hodgkina. Gruźlica w różnych swoich postaciach istnieje często równocześnie z ziarniniakiem złośliwym, rozwijając się najczęściej jako szybko postępujące suchoty płucne lub też w postaci prosówki na tle charłactwa spowodowanego ziarniniakiem, albo też równocześnie z tym ostatnim postępuje serowaciejący proces gruźliczy w płucach, a wreszcie ziarniniak rozwija się na tle gruźlicy włóknistej o przebiegu powolnym. Pozatem gruźlica powoduje czasami nie serowaciejące sprawy gruczołowe; w końcu i gruźlica i ziarniniak mają skłonność do wywoływania surowiczo włóknistych wysięków opłucnej. W tkance ziarniniaka znajdowano wprawdzie rzadko la-

seczniki Kocha, ale jak twierdzi *Fraenkel* i *Musch*, i jak to potwierdzają autorzy znajduje się w niej ziarenka barwiące się według Grama dodatnio. Ziarenka te uważa się jako pewną odmianę lasecznika Kocha. Jeden z autorów spostrzegał nawet formy przejściowe między gramo dodatniemi ziarenkami a jednolitą kwasoodporną pałeczką. Badania doświadczalne przemawiają również za związkiem między gruźlicą a ziarniniakiem. Wstrzyknięcie tkanki ziarniniaka świnkom morskim czasami daje wyniki ujemne, czasami wywołuje jednak wyraźne zmiany gruźlicze. Jeden z autorów stwierdził, że po wstrzyknięciu 2 świnkom morskim tkanki z ziarniniaka, jedna ze świnek zginęła po 10 tygodniach z objawami postępującego charłactwa, nie wykazując żadnych zmian gruczołowych, ani zmian w narządach wewnętrznych, u drugiej natomiast, która zginęła nieco wcześniej, znaleziono w płucach serowaciejącą tkankę, zawierającą laseczniki Kocha. Inne badania wykazały, że wstrzyknięcie tkanki ziarniniaka wywołuje u świnek morskich tkankołącznowy przerost gruczołów, w innych znowu doświadczeniach stwierdzono po takim samym zabiegu ropienie gruczołów, w których ani lasecznikòw, ani innych bakterji nie znaleziono. Po wstrzykiwaniach przesączalnego zarazka gruźlicy stwierdzono u świnek morskich przerost gruczołów, które są naogół twarde, zawierają bardzo mało lasecznikòw i nie zdradzają skłonności do serowacenia. Próbowano również wywołać doświadczalnie ziarniniak złośliwy na świnkach morskich. Badania te dały w końcu wynik dodatni, stwierdzono bowiem, iż po zaszczepieniu śwince morskiej cząsteczek wątroby lub śledziony płodów gruźliczych świnek morskich i po przeszczepieniu śledziony szczepionych świnek nowej generacji świnek morskich występuje u tych ostatnich po kilku miesiącach gruźlica ogólna ze zmianami gruczołowemi typu ziarniniaka. Ciekawe jest, że pierwsza generacja świnek morskich, której śledzionę użyto do szczepienia po 18 miesiącach, nie wykazywała żadnych zmian gruźliczych. Wynikiem tego ciekawego doświadczenia jest więc wspólne występowanie gruźlicy i ziarniniaka, ale dopiero w drugiej generacji zakażonych świnek. Te doświadczenia na dłuższą metę, trwające około 2 lat, zostały potwierdzone przez innych autorów, którzy dochodzą do przeświadczenia, że choroba Hodgkina jest wywołana przez przesączalny zarazek gruźlicy. Z tych różnorodnych badań zdaje się wynikać, że różne odmiany lasecznika gruźliczego wywołują odmienne odczyny tkankowe. Kwasoodporne laseczniki Kocha wywołują w gruczołach sprawy serowaciejące, mające częściej skłonność do ropienia, a prowadzące rzadziej do bujania tkankołącznowego, które występuje wtedy gdy zarazki są nieliczne i osłabione. Formy przesączalne wywołują różne odczyny, a między innemi i zmiany w formie ziarniniaka. To ostatnie zakażenie nie dotyczy właściwie jednego tylko narządu, ale obejmuje cały układ siateczkowo śródbłonkowy. Według autorów w różnorodnych odczynach tkanek na przesączalny zarazek gruźlicy występują czasami zmiany podobne do rakowatych. Według tych badań nowych, wymagających wielkiej ostrożności w ocenie przesączalny zarazek gruźlicy jest nietylko sprawcą ziarniniaka złośliwego, ale zmiany pierwotne zapalne mogą się przekształcać z czasem w formy nowotworowe.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Leczenie noworodka kiłowego. (Le traitement du nouveau-né issu de souche syphilitique). M. et M-me H. Moutlaur.

Revue de Médecine. Juillet. 1932.

O ile objawy zakażenia kiłowego u noworodka zależą od przeniesienia zakażenia od rodziców o tyle nasilenie i znaczenie tych przejawów podlegają jeszcze nieznanym wpływom, gdyż bardzo często kiła u dziecka nie wydaje się być proporcjonalną do choroby rodziców.

Nie tylko bowiem kiła nabyta świeżo przez ojca lub matkę uszkadza płód i przejawia się wybitnemi postaciami zakażenia wrodzonego u noworodka, lecz nawet częściej jeszcze prowadzi do tego kiła dawna u matki.

Znaczenie dawnej kiły u matki jest wybitne, niezależne od tego jakiemi objawami przejawia się ona u matki i niezależnie od charakteru u niej odczynów serologicznych.

Pemphigus na stopach i dłoniach u noworodka jest patognomonicznym objawem, spostrzeganym jednak rzadko. Częstszemi są: ropny śluzowy nieżyt nosa, wykwity na skórze i śluzówkach, powiększenie wątroby i śledziony, twarzyczka starczas. Pseudo-paralysis Parrot'a może się spostrzegać w końcu pierwszego miesiąca życia, zwykle jednak występuje później.

Wcześniactwo, lub wybitna hypotrofja, niektóre przedłużające się postacie żółtaczki, niedokrwistości, skaza krwotoczna, powiększenie gruczołów chłonnych łokciowych, wady wrodzone, wodogłowie wrodzone, — oddzielnie lub w zespołach uchodzą za objawy nasuwające podejrzenie.

Postać utajona nasuwa najwięcej wątpliwości: drgawki, wymioty nawykowe, nocne krzyki dziecka *(Sisto)*, wykwity skórne o typie „dermatitis enterococcica *(Moutlaur)*; jedynie dodatni wynik leczenia swoistego może czasami rozwiązać sprawę. Podobnie trudno jest ocenić stany przewlekłego wyniszczenia i uporczywego braku łaknienia.

Wśród środków leczniczych, wg. autorów jedynie arsen i rtęć nadają się do leczenia noworodków.

Najlepszym preparatem arsenowym jest sulfarsenol w zastrzykach podskórnych. Do jego wybitnego działania swoistego, dołącza się znakomita tolerancja i b. cenne działanie pobudzające narządy krwiotwórcze. Mogą znaleźć także zastosowanie stovarsol i treparsol przy podawaniu doustnem.

Drogi wprowadzania rtęci są różne, lecz dla praktyki bieżącej nadają się tylko dwie: wcierki i podawanie doustne.

Dodatek do maści collargolu pozwala na leczenie zamaskowane. Niezależnie od przepisu maści rtęciowej nie należy wcierać w miejscach zgięć jak u starszych lecz na bocznych powierzchniach kończyn i tułowia. Preparaty podawane doustnie są następujące: hydrargyrum cum creta (33% Hg) w połączeniu z calcium carbonicum lub bi-

smutem. Hg. c. creta (offic.) podaje się w dawce 0,004 pro die w dwuch dawkach.

Może być podawany także kalomel per os, w dawce ½ — 1 miligrama dziennie w połączeniu z cukrem mlecznym.

Rtęć w zastrzykach nie istnieje w arsenale leczniczym autora: dawki muszą być znikomo małe, trudne do kontroli, a mięśnie noworodków źle znoszą wstrzykiwania metali ciężkich.

Technika leczenia wcześniaków:

1) Przy objawach przeważnie skórno-śluzówkowych bez powiększenia wątroby stosuje się leczenie mieszane; rozpoczyna się leczenie od preparatów arsenowych. Pierwsze dawki w obawie odczynu Herxheimer'a powinny być znikomo małe (1—2—3 milligramy sulfarsenolu). Tylko powiększając b. stopniowo dawkę dochodzi ostatecznie do 0,02 i tą ostatnią dawkę powtarza się co 5 dni aż do osiągnięcia ogólnej ilości 0.07 — 0.08 sulfarsenolu na kilo wagi. Pomiędzy jednym a drugiem wstrzyknięciem sulfarsenolu, w ciągu 3 dni kolejnych wciera się maść rtęciową, czwarty dzień stanowi wypoczynek.

2) Przy objawach kiły w połączeniu z powiększeniem wątroby leczenie należy rozpoczynać od preparatów rtęciowych. Po 8 — 10 dniach rozpoczyna się podane wyżej leczenie mieszane.

W leczeniu wcześniaków dotkniętych kiłą, prócz leczenia swoistego ogromną rolę odgrywa sposób odżywiania dziecka i leczenia ogólne. Bez należytego uwzględnienia tych czynników leczenie swoiste jest niewystarczające.

Dziecko powinno dostawać pokarm naturalny, wyłącznie albo w połączeniu z maślanką. Obowiązują ogólne zasady ogrzewania i pielęgnowania wcześniaków. O ile są zmiany na skórze — kąpiele są przeciwwskazane.

Na leczenie ogólne składa się: codzienne wstrzykiwania podskórne 5 — 20 cm.³ izotonicznego rozczynu cukru gronowego (4.7 grm.: 100,0), lub małe lawatywki z tego rozczynu. U dzieci wymiotujących bywa bardziej wskazany rozczyn fizjologiczny soli. Czasami dobre wyniki daje insulina w dawce jednostki na kilo wagi, rozcieńczona w 10 cm.³ rozczynu glukozy. Prócz tego stosuje się wstrzykiwania podskórne lub domięśniowe krwi matki w ilości od ¼ — 1 cm.³ W przypadkach współistniejącej skazy krwotocznej stosuje się dawki duże krwi ludzkiej (10 — 20 cm³).

U noworodków donoszonych dotkniętych kiłą sposób i porządek leczenia w zależności od istniejącej przewagi zmian skórnych lub narządowych jest podobny do podanego wyżej. Jedynie dawki sulfarsenolu są nieco wyższe; rozpoczyna się jednak zawsze od dawek minimalnych.

O przetaczaniu krwi osobników uodpornionych u dzieci. (De l'immuno- transfusion chez l'enfant). A. Tranck, J. Huber et M-me Abricossoff.

La Presse Médicale. Juillet. 1932.

Sprawa leczenia posocznic wywołanych przez paciorkowce jest b. różnie ujmowaną. Różne środki chemoterapeutyczne były próbowane (electrargol, trypafiavina, gonacrina, błękit metylowy, sole miedzi inne) lecz bez wyraźnych wyników.

Natomiast nowa metoda, polegająca na przetaczaniu krwi od osobnika uodpornionego przeciw paciorkowcom zasługuje na uwagę. Autorzy przytaczają trzy przypadki, gdzie ze względu na bezskuteczne leczenie poprzedzające, zastosowano przetoczenie krwi osobnika uodpornionego przeciw paciorkowcom (w ilości od 30 — 100 cm.³). Wyniki były b. dobre.

Niestety można żałować, że w dwuch (z liczby trzech) przypadkach autorzy nie dają żadnych konkretnych dowodów, że były to istotnie posocznice paciorkowcowe (zapalenie wyrostka sutkowego i płonica).

Zespół „bladość-hypertermja" u niemowląt operowanych. (Le syndrome „pâleur - hyperthermie" ches les nourissous opérés). J. Armingeat.

Journal de Méd. et de Chir. pratiques. Septembre 1932.

Od chwili gdy odrębność tego ciężkiego zespołu została w r. 1922 wysunięta przez *Ombredane'a*, liczne prace starały się przeniknąć bliżej patogenezę tego zjawiska, często obserwowanego u niemowląt operowanych. Zwykle pomiędzy szóstą godziną, a upływem doby od chwili najbardziej nawet drobnej operacji u niemowlęcia można obserwować co następuje:

1) Szybkie wzniesienie ciepłoty do granic najwyższych.

2) Bladość woskową skóry i śluzówek, szczególnie uwidoczniającą się na twarzy.

Bardzo często dochodzi do zejścia śmiertelnego w ciągu pierwszej lub następnej doby od chwili operacji, i w ciągu 2 — 10-ciu godzin od chwili pojawienia się charakterystycznej bladości.

Najczęściej zespół ten występuje po operacjach dotyczących okolic b. unerwionych jak twarz i okolica narządów płciowych.

Autor sądzi że zespół ten zależy od porażenia ośrodków rdzenia przedłużonego wywołanego odruchem z obwodu operowanego. Wtórnie dołącza się spadek ciśnienia tętniczego. Na dowód tego autor przytacza rozumowania następujące: gorączka i bladość nie występują jednocześnie i współmiernie.

Najpierw zaczyna podnosić się ciepłota, dochodząc do liczb najwyższych albo nagle (w postaciach śmiertelnych) albo kolejnemi skokami. Wkrótce dołącza się bladość, która w kilka minut osiąga maksymalne natężenie. Bladość ma odcień woskowy, niebieskawy wokoło oczu i ust. Tętno przyśpiesza się do 140 i słabnie. Oddechy znacznie przyśpieszają się i zamiast normalnych 20 — 25 na minutę, dochodzą nawet do 100. Oddechy są płytkie i powierzchowne, nie towarzyszy im duszność i poruszanie się skrzydełek nosa.

Przyczyny tych zaburzeń należy szukać w ośrodkowym układzie termoregulacyjnym, który w tym wieku jest jeszcze niedostatecznie zróżniczkowany. Odruch nerwowy wywołujący zachwianie gospodarki cieplnej w ustroju niemowlęcia łatwo ulega nasileniu pod wpływem niepokoju i krzyku w okresie po-operacyjnym i pod wpływem odwodnienia ujawniającego się w nagłej i znacznej utracie wagi.

W tym odczynie cieplnym ustroju niemowlęcego odgrywa rolę nie tylko podrażnienie odruchowe ośrodków nerwowych, lecz także niewydolność mechanizmu obronnego regulującego ciepło.

Badania układu naczyniowego potwierdzają przypuszczenia o głównej roli układu nerwowego

w powstawaniu zespołu chorobowego. Mianowicie, ciśnienie tętnicze wykazuje ogromny spadek liczby maksymalnej i minimalnej. Z fizjologji, wiadomo, że podrażnienia obwodowe nerwów czuciowych, po krótkiej fazie podniesienia ciśnienia, powodują spadek gwałtowny i równoległy do natężenia i czasu trwania podrażnienia. Obniżeniu ciśnienia tętniczego towarzyszy wybitne zwężenie naczyń obwodowych i wtórnie wyczerpanie akcji serca.

Zespół chorobowy zależny jest więc ostatecznie od wadliwej organizacji termo-regulacyjnej u niemowlęcia z jednej strony, a z drugiej od siły i natężenia podrażnienia obwodowego spowodowanego zabiegiem operacyjnym.

Wreszcie badania odruchu Aschner'a wykazuje, że ustrój niemowlęcia jest nastawiony hypervagotonicznie, co odgrywa rolę w nadmiernej odczynowości nerwowej niemowląt na wszelkie bodźce.

Z badań biologicznych wynika, że w zespole opisanym u niemowląt nie stwierdza się zmian patologicznych w moczu, płynie mózgowo-rdzeniowym i we krwi, za wyjątkiem znacznego i stałego obniżenia rezerwy alkalicznej.

Wreszcie wyniki postępowania dążącego po myśli powyższego rozumowania zdają się jeszcze bardziej potwierdzać jego słuszność. Postępowanie podane niżej pozwala obniżyć według autora w znacznej mierze odsetek śmiertelności przy zabiegach operacyjnych u niemowląt.

1) W czasie przygotowania do operacji nie należy niemowlęcia pozostawiać bez pokarmu i należy hamować odczynowość nerwową przez podanie bromu (1 grm. w 2-ch dawkach) lub 0.01 gardenalu. Na nastawienie hypervagotoniczne należy wpływać przez podanie efedryny[1]) lub XX kropel tin. belladonnae. Wreszcie jako środek nasercowy najlepiej podaje się 3 krople rozczynu digitaliny 1/1000.

2) Przy operacji należy używać zupełnego znieczulenia ogólnego, starać się o jaknajkrótszy czas trwania zabiegu i ograniczyć do minimum „brutalność" zabiegów. Po operacji stosuje się lawatywy i podawanie per os wody ocukrzonej[2]).

J. Wiśniewski.

---

[1]) Dawka efedryny lub efetoniny dla niemowlęcia wynosi 0.005 — 0.01. Zamiast nieobliczalnej w dawkowaniu tinct. belladonnae, u niemowląt lepiej podawać atropinę w rozczynie alkoholowym 0.01: 10 grm. w ilości 2 — 5 kropli na dawkę. (Dopisek ref.).

[2]) Przed operacją należy dbać o nawodnienie ustroju przez podawanie wszelkiemi drogami rozczynów cukru gronowego. W czasie zabiegu niezmiernie ważnem jest wygodne ułożenie niemowlęcia na wypełnionych ciepłą wodą poduszkach i utrzymanie wysokiej temperatury w pokoju operacyjnym. Przy zabiegach w jamie brzusznej, dootrzewnowo może być wlany i pozostawiony ciepły, hypertoniczny rozczyn cukru gronowego. (dop. ref.).

CHIRURGJA.

Wady i zalety narkozy eterowej zapomocą emulsji eterowo-oliwnej, podawanej drogą odbytniczą. (L'anesthésie générale par oléo-éthérisation rectale). Chalier.

La Présse Méd. Nr. 55; lipiec 1932.

Zagadnienie to staje się znowuż aktualnem w związku z wprowadzeniem do praktyki chirurgicznej i forsownem reklamowaniem doodbytniczej narkozy awertynowej. Otóż okazało się, że na podstawie statystyk ostatnich lat, że stosowanie awertyny (trójbromoetanolu) na drodze doodbytniczej jest bardziej skomplikowane, bardziej niebezpieczne i o wiele mniej pewne — jeśli chodzi o efekt uśpienia — niż podobne stosowanie emulsji eterowo-oliwnej. Autor daleki jest od tego, żeby wyrugować całkowicie awertynę z lecznictwa na korzyść mieszanki eter-oliwa, tembardziej, że ta pierwsza ma niewątpliwie zalety — przedewszystskiem jako środek, sprowadzający sen (I okres narkozy) w sposób idealnie łagodny i względnie przyjemny. Raczej byłby za wyznaczeniem tak jednemu, jak i drugiemu właściwego zakresu stosowania, protestując w każdym razie przeciwko zbytniemu uszczuplaniu praw mieszanki eterowej na rzecz awertyny, z tem jedynie zastrzeżeniem, że strona techniczna narkozy będzie bez zarzutu.

Autor opracował specjalnie dokładnie sposób dawania narkozy doodbytniczej zapomocą mieszanki eterowo-oliwnej. Poprzedniego dnia wieczorem chory dostaje lawatywę oczyszczającą i, następnie, środek nasenny (dial, weronal, somnifen). W dzień operacji, na ½ godziny przed początkiem narkozy — podskórnie 0,01 morfiny i 0,01 genoskopalaminy. Mieszanka, używana przez autora, ma skład następujący:

aether sulf. purissimus	100 cm³
oleum olivarum	75 cm³
oleum camphorat. 10%	20 cm³
Tinct. Opii simpl.	X gutt.

Dawka ta wystarcza w zupełności dla mężczyzny średniej wagi. W szczególnych przypadkach dawkę eteru można zwiększyć do 120 — 130 cm³ (centymetrów sześciennych, a nie gramów!), ale nie więcej. Oliwa musi być idealnej czystości, ażeby nie drażniła śluzówki odbytnicy. Dodawanie olejku kamforowego ma na celu, z jednej strony, osiągnięcie wpływu tonizującego na serce, z drugiej zaś — wpływu przeciwskurczowego i przeciwbólowego na kiszkę. Mieszaninę powyższą podaje się w lawatywie kroplowej i zaczyna się podawać na 1 godzinę przed początkiem operacji. W ciągu 30 minut zwykle już cała dawka jest w odbytnicy (częściowo wessana) i chory zaczyna spać; wówczas nie wyjmując rurki z odbytnicy, nakłada się na nią zaciskadło, a twarz chorego przykrywa się serwetką, ażeby wydychany przezeń eter był pochłaniany zpowrotem. Zasypianie chorych jest bardzo zbliżone do snu fizjologicznego, okres podniecenia występuje nagół rzadko. Tylko w 4 — 6% przypadków zachodzi konieczność pogłębiania snu zapomocą eteru, podanego na maskę. Po skończonej operacji zdejmuje się zaciskadło z rurki doodbytniczej, pozostawiając ją jeszcze na miejscu w ciągu kilku godzin.

Działanie uboczne mieszanki eterowo-oliwnej zaznacza się naogół rzadko (bóle brzucha w czasie jej podawania, wzdęcia, następowe biegunki, przejściowa żółtaczka), jeszcze rzadziej zdarzają się chorzy całkowicie odporni na ten rodzaj narkozy. Przypadków śmierci, spowodowanych samą narkozą, w statystykach ostatnich lat nie notowano wcale.

Zalety powyższego sposobu usypiania: łagodne (prawie fizjologiczne) zasypianie, brak nadmiernego wydzielania śluzu w drogach oddechowych i śliny w czasie snu, brak wymiotów w czasie narkozy i po przebudzeniu, powolne budzenie się ze snu (w ciągu kilku godzin) — co oszczędza choremu bólu w pierwszych godzinach po operacji.

Narkoza doodbytnicza zapomocą zawiesiny eterowo-oliwnej wskazaną będzie zwłaszcza przy następujących operacjach: zabiegi wewnątrzczaszkowe, wycięcie szczęki, guzów języka i gardła, wycięcie tarczycy i krtani wskutek raka, wycięcie doszczętne sutka, torakoplastyka pozaopłucnowa w przebiegu gruźlicy płuc i opłucnej (przy której znieczulenie miejscowe jest naogół trudne, długotrwałe i szokujące) i wreszcie, operacje na kręgosłupie jako to laminektomja (guzy rdzenia), przecięcie korzonków tylnych, usztywnienie kręgosłupa według Albee'go i t. p.

W powyższych przypadkach ten rodzaj usypiania daje idealnie dobre wyniki — przy uwzględnieniu ścisłych przepisów technicznych, — nie ustępując ani trochę wynikom, osiągniętym zapomocą innych mniej pewnych i bardziej niebezpiecznych środków (np. awertyny).

Wyniki leczenia operacyjnego choroby Basedowa. (Les résultats de la thyroidectomie pour maladie de Basedow). Welti.

La Présse Méd. Nr. 56; lipiec 1932.

Autor zwraca uwagę na znakomite wyniki leczenia operacyjnego (rozległe wycięcie, podwiązanie naczyń) cięższych przypadków choroby Basedowa, przy względnej dobrotliwości samego zabiegu i niewielkiem ryzyku ze strony chorego (1 przypadek śmierci na 87 chorych — przypadek, dotyczący chorego w krańcowym stanie zatrucia i charłactwa).

Ogromną rolę gra tutaj odpowiednie przygotowanie chorego do operacji, które polega na leżeniu w łóżku przy całkowitem izolowaniu od dotychczasowego otoczenia domowego, uspakajaniu psychicznem, oswajaniu z myślą o operacji i podawaniu dowewnątrz naparstnicy, środków uspakajających układ nerwowy i płynu Lugola (10 — 20 kropel dziennie roztworu 1 : 200,0 — w ciągu 5 do 7 dni przed operacją). Są jednak osoby, nie znoszące jodu, którego nawet małe dawki dają ogromne pogorszenie w ich stanie; w przypadkach tych podawania jodu nie należy forsować.

Chory do ostatniej chwili nic nie wie o terminie operacji, której poza tem nie wykonuje się nigdy wbrew jego woli czy też przekonaniu.

Na 87 chorych odnośnych u pięciu wykonano tylko podwiązanie tętnic tarczycowych górnych, u dwu — wycięcie jednego zrazu tarczycy, u wszystkich zaś pozostałych zabieg polegał na rozległem wycięciu obu zrazów, co należy uważać za metodę z wyboru.

Znieczulenie miejscowe. Przy wyborze tego czy innego zabiegu kierowano się następującą zasadą: w przypadkach względnie lekkich wycięcie tarczycy wykonywano jednoczasowo, w przypadkach średnich — dwuczasowo (jedną połowę w 3 miesiące po drugiej), w ciężkich zaś — najpierw podwiązanie obu tętnic tarczycowych górnych (z przerwą kilkodniową), po trzech miesiącach — jedna połowa tarczycy, po następnych trzech — druga połowa.

W okresie pooperacyjnym w razie nadmiernego podwyższenia temperatury — worek z lodem na uda, poza tem ogólnie działa dodatnio morfina; jodu w okresie pooperacyjnym nie stosowano.

Opierając się na przypadkach, spostrzeganych przez dłuższy czas po operacji, autor stwierdza, że w 90% osiągnięto zupełne i trwałe wyleczenie, w pozostały 10% — tylko poprawę lub wynik całkowicie ujemny. Te ostatnie przypadki dotyczyły bądźto chorych krańcowo wyniszczonych, bądź też takich, którzy byli uprzednio naświetlani promieniami Roentgena. Autor jest przeciwnikiem stosowania naświetlań rentgenowskich w chorobie Basedowa, gdyż działają one tu na ślepo i zamiast korzyści mogą przynieść dużą szkodę, a do tego i znacznie utrudnić wykonanie następowej operacji.

Co się tyczy, wreszcie znaczenia rozpoznawczego badania podstawowej przemiany materji w chorobie Basedowa, to autor zawsze większą wagę przypisuje danym klinicznym, niż wynikom badania przemiany materji, zwłaszcza w tych przypadkach, w których objawy kliniczne są znacznie nasilone, a przemiana materji tylko niewiele wzmożoną. Po operacji wzmożona przemiana materji naogół bardzo wolno wraca do normy, pomimo to, że kliniczny powrót do zdrowia tego rodzaju chorych odbywa się względnie szybko.

W związku z powyższem autor uważa, że w leczeniu choroby Basedowa — poza przypadkami lekkiemi o nieznacznie nasilonej przemianie materji, dającemi wskazanie do leczenia wewnętrznego i stosowania naświetlań w małych dawkach — metodą z wyboru jest operacja, jedno — lub wieloczasowa.

Zestawianie odłamów w złamaniu typowem kości promieniowej pod kontrolą ekranu rentgenowskiego. (Réduction sous l'écran des fractures de l'extrémité inférieure du radius). D'Aubigné.

La Présse Méd. Nr. 56; lipiec 1932.

Autor zwraca uwagę na szereg technicznych szczegółów leczenia złamań dolnej nasady kości promieniowej, które ułatwiają możliwie dokładne i pewne zestawienie odłamów i zabezpieczają dobry czynnościowo wynik ostateczny.

A więc, przedewszystkiem, znieczulenie osiąga się zapomocą wstrzyknięcia do ogniska złamania względnie dowewnątrz krwiaka 10 cm³ 2% nowokainy; aspirowanie krwi do strzykawki daje pewność, że koniec igły tkwi wewnątrz krwiaka. Jednakże w pewnych przypadkach, przy dużym obrzęku kończyny, nie jest to bynajmniej łatwe; dużą pomoc okaże tu wykonanie całego zabiegu pod ekranem rentgenowskim, gdyż wówczas trafienie końcem igły w szczelinę między odłamami nie będzie nastręczało żadnych trudności.

Następny etap to jest zestawienie odłamów również będzie znacznie ułatwione przy użyciu ekranu rentgenowskiego w czasie zestawiania, gdyż wówczas można dokładnie odróżnić ruchy w stawie napięstkowym od ruchów między odłamami, a rozklinowanie (widoczną się staje jasna linja między odłamami) i dokładne zestawienie znajduje swoje natychmiastowe potwierdzenie. Rozklinowanie osiąga się zapomocą nadmiernego zgięcia grzbietowego, przyczem ręka jednoimienna chirurga chwyta za dłoń chorego, druga zaś — za przedramię tuż powyżej linji złamania. Zestawienie następuje po wyciągnięciu przedramienia w lekkiem zgięciu dłoniowo-łokciowem, przyczem duży palec chirurga naciska stale odłam dolny od strony grzbietowej, starając się skorygować jego przemieszczenie, które w przypadkach typowych ma miejsce jak wiadomo, ku stronie grzbietowej i promieniowej (podwójny bagnet).

Co się tyczy wreszcie unieruchomienia kończyny chorej, to autor dawny sposób unieruchomienia — w pozycji zgięcia dłoniowego, supinacji i przywiedzenia — uważa za niepotrzebny i szkodliwy; niepotrzebny — bo dobrze zestawione odłamy nie mają tendencji przemieszczania się (względnie wystarcza uciskanie palcem na odłam dolny od strony grzbietowej poprzez gips, dopóki tenże nie stwardnieje), szkodliwy — bo utrzymując w dużem napięciu ścięgna i więzadła, przyczynia się do następowych zesztywnień w starych tkankach przystawowych i uniemożliwia wczesne rozpoczęcie ruchów w palcach. Autor unieruchamia zawsze w pozycji prostej (pośredniej między zgięciem grzbietowem a dłoniowem) i w półpronacji; gips sięga od górnej części przedramienia do podstawy palców. Od drugiego dnia po nastawieniu chory zaczyna ruszać palcami, co sprzyja powstaniu szybkiego i prawidłowego zrostu i zabezpiecza dobry ostateczny wynik czynnościowy.

Ropowica zgorzelinowa twarzy pochodzenia zębowego. (Les phlegmons gangréneux de la face d'origine dentaire). Petit-Dutailles, Leibovici i Lattès.

La Présse Méd. Nr. 58; lipiec 1932.

Ropowice zgrzelinowe dna jamy ustnej i szyi pochodzenia zębowego były znane już dawniej i opisywane pod niewłaściwą, zresztą, nazwę „Angina Ludovici". Na możność istnienia zupełnie analogicznego cierpienia na twarzy zwrócono uwagę dopiero w ostatnich latach. Jest to naogół schorzenie rzadkie, ale niesłychanie groźne dla życia i wymagające od lekarza szybkiej orjentacji i natychmiastowego zastosowania odpowiednich środków.

Punktem wyjścia zakażenia bywa zwykle jeden z zębów trzonowych, górnych lub dolnych. Ropowice, wychodzące z górnego zęba, wcześniej uzewnętrzniają się od strony policzka, niż wychodzące z dolnego zęba, które jakiś czas rozwijają się w ukryciu. Jedne i drugie szerzą się łatwo do okolicy pozaszczękowej, pod-

żuchwowej, na podstawę czaszki i do dołu skroniowego, nie licząc już umiejscowienia w okolicy ponadgnykowej (angina Ludovici)! Objawy kliniczne z początku mogą nie przedstawiać nic charakterystycznego, niczem nie różniąc się od banalnego zapalenia okostnej, wywołanego przez zwykłe drobnoustroje ropotwórcze. Jednakże, nagłe zjawienie się wysokiej gorączki (do 40°) i silne bóle początkowe powinnny obudzić podejrzenie w kierunku zakażenia gnilnego. Obrzęk szybko rozszerza się na całe pół twarzy i okolicę skroniową i dosięga znacznego stopnia; Stan ogólny ulega szybkiemu pogorszeniu, skóra jest mocno napięta, wyczuwa się pod nią trzeszczenie gazowe. Występują objawy ogólnego zatrucia i zakażenia (septicaemia).

Schorzenie powyższe różniczkować należy z zapaleniem zakrzepowem zatok jamistych opony twardej na tle zakrzepowego zapalenia septycznego żył głowy pochodzenia zębowego. I tu i tam zjawia się szybko narastający obrzęk twarzy, ale w przypadkach zapalenia zakrzepowego zatoki jamistej zawsze ma miejsce wytrzeszcz gałek ocznych (exophtalmus), czego nie bywa w przypadkach ropowicy zgorzelinowej.

Leczenie ropowicy zgorzelinowej twarzy polega przedewszystkiem na możliwie wczesnem wykonaniu szeregu nacięć, zawsze od strony skóry, a nie od jamy ustnej; wszelkie jamy i uchyłki należy szeroko otworzyć. Natwarzy prowadzi się cięcia równoległe do przewodu Stenona, w okolicy skroniowej — równoległe do włókien i mięśnia skroniowego. Ze względu na stan chorych odnośnych (odurzonych i znieczulonych) wszelkie znieczulanie do operacji staje się zbędne. Cięcia wykonuje się nożem elektrycznym — jako mniej ułatwiającemi przechodzenie drobnoustrojów do naczyń i szczelin chłonnych. Do jam ropni zakłada się sączki, zwilżone surowicą przeciwzgorzelinową i przeciwpaciorkowcową. Surowice te wstrzykuje się również podskórnie, w ciężkich przypadkach — dożylnie.

Będący punktem wyjścia zakażenia ząb powinien być jak najwcześniej usunięty.

Złamanie dna panewki kości biodrowej z przemieszczeniem głowy kości udowej do wewnątrz miednicy. (Fractures transcotyloïdiennes du bassin avec pénétration intrapelvienne de la tête du femur). Grimault.
Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 21, lipiec 1932.

Rozróżniamy trzy następujące odmiany powyższgo złamania: 1) złamanie ograniczone wyłącznie do panewki, 2) złamanie panewki, przechodzące na kość siedzeniową, łonową i biodrową, i 3) złamanie panewki, któremu towarzyszy drugie, oddzielne złamanie pierścienia miedniczego.

Przyczyną wywołującą jest zwykle przygniecenie, przez ziemię, kamienie (w kopalniach), a uraz działa tu w kierunku linji krętarz duży — głowa kości udowej. W następstwie urazu głowa wraz z przylegającemi częściami dna złamanej panewki zostaje wgnieciona do środka miednicy. Stan ten odróżniać należy od właściwego zwichnięcia głowy kości udowej do wewnątrz (luxatio centralis), przy którem tylko sama głowa, przez otwór w panewce, przemieszcza się do środka miednicy, tracąc swą łączność z dnem panewki. Różnica ta jest ważna i pod względem praktycznym. W przypadkach złamania, w ścisłem tego słowa znaczeniu, nastawienie odłamów jest względnie łatwe, gdyż pociąganie za kość udową przenosi się za pośrednictwem więzadła obłego i torebki stawowej także i na wgniecioną część dna panewki. W przypadkach zaś zwichnięcia pociąganie za kość udową nastawia głowę na miejsce, ale odłamki dna panewki pozostają w małej miednicy i wymagają specjalnych rękoczynów od strony odbytnicy, które, zresztą przedstawiają zawsze pewne niebezpieczeństwo przebicia jej ściany.

Metoda bezkrwawa nastawiania zwichnięcia głowy kości udowej w przypadkach typowych i w przypadkach złamania dna panewki polega na mocnem pociąganiu za górną część uda do boku i jednocześnie wzdłuż osi podłużnej kończyny.

Metoda operacyjna polega bądź to na założeniu (z cięcia podłużnego przez krętarz duży) haka na kość udową tuż poniżej krętarza małego i pociąganiu zań do boku, bądź też na przeprowadzeniu przez krętarz duży i przyległe części miękkie w tym samym celu drutu mocnego. Zaczyna się zawsze od sposobu bezkrwawego i, dopiero jeśli się nie udało osiągnąć tą drogą zupełnego nastawienia, próbuje się zabiegów dalszych.

Po nastawieniu chory przez 3 tygodnie leży na podwójnym wyciągu: wzdłuż osi podłużnej kończyny (przylepiec — 7 kg.) i wzdłuż osi szyi kości udowej (pętla metalowa na krętarz — 6 kg.). Przeciwwyciąg uskutecznia się za pośrednictwem małego gipsu, założonego na miednicę. Po 3 tygodniach usuwa się wyciąg i zaczyna się ruchy w łóżku i miesienie; chodzić wolno nie wcześniej, niż w dwa miesiące od chwili zdjęcia wyciągu.

Pourazowe zwężenia jelita cienkiego. (Sténoses traumatiques de l'intestin grêle). Vanlande.
Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 22, lipiec 1932.

Wśród zwężeń jelita cienkiego pochodzenia nienowotworowego, zwężenia pourazowe (po urazach tępych brzucha bez przebicia powłok) są naogół rzadkie i wynoszą wszystkiego koło 5% wszystkich przypadków.

Mechanizm chorobotwórczy może być tutaj dwojaki. W jednych przypadkach pod wpływem stłuczenia krezki i ściany jelita przychodzi do pewnych zaburzeń krążenia, które są za słabe, żeby wywołać zgorzel kiszki, ale dostateczne, żeby doprowadzić z czasem do zbliznowacenia jej ściany i zwężenia światła przez kurczącą się bliznę. Zrostów otrzewnowych w miejscu zwężenia tutaj nie bywa. Podobny mechanizm ma miejsce w zwężeniach pochodzenia przepuklinowego (po uwięźnięciu przepukliny, odprowadzonej następowo bądźto operacyjnie, bądź też zachowawczo).

W innych przypadkach uraz doprowadził prawdopodobnie do wąskiego przedziurawienia ściany jelita, przyczem miejsce przedziurawienia zostało oklejone siecią lub sąsiednią pętlą jelitową i sprawa została za-

gojona po przebyciu o g r a n i c z o n e g o z a p a l e n i a o t r z e w n e j. Z czasem dochodzi do zwężenia wtem miejscu naskutek zrostów otrzewnowych i zagięcia jelita. O p e r a c j a w pierwszej grupie przypadków będzie polegała na wycięciu zwężonego odcinka jelita, w drugiej zaś — wycięcie będzie najczęściej niemożliwe do przeprowadzenia ze względów technicznych (silne zrosty) i trzeba będzie się ograniczyć z konieczności do zespolenia ramion pętli poniżej i powyżej miejsca zwężenia.

Wyniki leczenia operacyjnego zastarzałych zwichnięć stawu łokciowego metodą własną autorów. (Résultats éloignés d'une série intégrale de réductions sanglantes dans des luxations anciennes du coude). T a v e r n i e r i P o u z e t.
Lyon Chir. XXIX — Nr. 5, wrzesień — październik 1932.

Autorowie podają szczegóły techniczne operacji, która była przez nich wykonana w całym szeregu przypadków zastarzałego zwichnięcia w stawie łokciowym — z wynikiem czynnościowym naogół bardzo dobrym, nawet w takich przypadkach, które pozornie mogłyby się kwalifikować tylko do wycięcia końców stawowych (resectio). Ważnym szczegółem tej operacji jest wycięcie doszczętne nietylko ogniskowych zwapnień przystawowych, ale także całej tkanki bliznowej, wypełniającej jamę stawu i znajdującej się w jego otoczeniu; a poza tem, koniecznem jest umożliwienie wygodnego dostępu do kości ramieniowej przez przecięcie ścięgna mięśnia trójgłowego i oddzielenie przyczepów mięśniowych od nadkłykciowych wyrostków końca kości ramieniowej.

Cięcie podkowiaste na tylnej powierzchni stawu łokciowego, o szypule górnej. Przecięcie w linji schodkowatej ścięgna mięśnia trójgłowego (umożliwiającego ewentualne jego następowe wydłużenie). Szerokie otwarcie ogniska zwichnięcia (uwaga na nerw łokciowy!) i oczyszczenie przedniej i bocznych powierzchni dolnego odcinka kości ramieniowej z przyczepów mięśniowych, jak do wycięcia kości — co umożliwia dokładne obejrzenie tego odcinka i doszczętne usunięcie otaczającej go tkanki bliznowatej, zwłaszcza wypełniającej dół dziobowy i dół wyrostka łokciowego (fossa coronoidea et olecrani). Oczyszczenie tych dołów jest pierwszym warunkiem przywrócenia ruchów w stawie łokciowym. Następnie, oczyszcza się powierzchnie stawowe i wycina wszelkie tkanki chorobowo zmienione w sąsiedztwie stawu tak, że pod koniec operacji mamy k o ń c e s t a w o w e k o ś c i, o t o c z o n e t y l k o w a r s t w ą m i ę ś n i. Po nastawieniu zwichnięcia zeszywa się warstwę mięśniową i ścięgno mięśnia trójgłowego, następnie skórę i kończynę unieruchamia się, w stawie łokciowym.

Podlegająca wycięciu tkanka bliznowa (wraz z częścią torebki stawowej i zawartemi w niej zwapnieniami) znajduje się przeważnie dookoła kości ramieniowej, znacznie mniej jej jest na przedramieniu.

Dosyć swoistem jest stosowane przez autorów leczenie pooperacyjne. Unikają oni uruchamiania kończyny zarówno zbyt późnego, jak i zbyt wczesnego względnie zbyt intensywnego. Piątego lub szóstego dnia po operacji zdejmuje się pierwotny opatrunek gipsowy i nakłada drugi — na kończynę zgiętą pod kątem 80°; następnie, zmienia się codziennie gips, na zmianę — raz na kończynę zgiętą, raz na wyprostowaną. Dopiero po 12 — 15 dniach zaczyna się wykonywać ruchy dłużej trwające, czynne i bierne, wyjmując czasowo kończynę z rynienki gipsowej. Po 3 — 4 tygodniach gips odrzuca się ostatecznie i chory używa kończyny, na ile mu pozwala ograniczenie ruchów w stawie łokciowym, którego narazie nie należy forsować. Dopiero po 6 tygodniach, kiedy wytworzyła się już ostateczna blizna dookoła stawu, przez wykonywanie delikatnych i coraz rozleglejszych ruchów przystępuje się do jej rozciągania. Miesienia nie stosuje się wcale, ale zato gorąco zaleca się mechanoterapję.

Wyniki ostateczne mieli autorowie bardzo dobre, bez porównania lepsze, niż inni — po wycięciu końców stawowych (w tego samego rodzaju przypadkach). Przy zastosowaniu techniki autorów nastawienie zwichnięcia jest możliwe w każdym przypadku, nawet najbardziej zastarzałym.

Nieswoiste ropnie zimne. (Des abcès froids). S c h w a r t z.
Paris Méd. Nr. 18, kwiecień 1932.

Lekarze powinni sobie dokładnie uświadamiać ten fakt, że bynajmniej nie wszystkie ropnie zimne są pochodzenia gruźliczego; dowodzą tego liczne spostrzeżenia kliniczne.

Autor spostrzegał chorą 30-letnią, która miała ściśle na przebiegu środkowej części kręgosłupa piersiowego guz półkulisty wielkości połowy dużej pomarańczy, chełboczący, przykryty skórą niezmienioną, przy braku gorączki i innych objawów odczynu ogólnego. Kręgosłup — bez jakichkolwiek zmian chorobowych, klinicznie i rentgenologicznie. Nakłucie ściany ropnia wykazało obecność gęstawej zbitej ropy (pus bonum et laudabile), zawierającej czystą hodowlę gronkowca złocistego; po założeniu do jamy ropnia sączka z nitek silkowych, w 10 dni ropień zginął bez śladu.

W innym przypadku autor stwierdził obecność ropnia zimnego w dalszym końcu przynasadowym trzonu kości promieniowej; w ropie znaleziono prątek duru brzusznegwo, a po wydłutowaniu ściany ropnia cierpienie zagoiło się prawie przez rychłozrost. W jeszcze innym przypadku ropień zimny był umiejscowiony na przedniej powierzchni mostka na wysokości dwu górnych żeber, a z ropy wyhodowano micrococcus melitensis. Przykładów takich mógłby autor przytoczyć bardzo dużo.

Fakt istnienia ropni zimnych pochodzenia nieswoistego, niegruźliczego tłumaczy się w zupełności z n a c z n i e o b n i ż o n ą ż y w o t n o ś c i ą odnośnych drobnoustrojów chorobotwórczych. Słabo i niedołężnie prowadzony atak wywołuje także sam odczyn obronny ze strony organizmu chorego; a brak miejscowego i ogólnego odczynu zapalnego składa się na obraz kliniczny tak zwanego ropnia zimnego.

Nieznajomość tych rzeczy może prowadzić do fatalnych nieraz pomyłek rozpoznawczych ze strony lekarza.

Przewlekłe zapalenie szpiku kostnego kręgów u dorosłych na tle zakażenia gronkowcem. (Mal de Pott staphylococcique de l'adulte). C a r n o t.
Paris Méd. Nr. 24, czerwiec 1932.

Cierpienie powyższe — ze względu na umiejscowienie i charakter zmian anatomicznych w kre-

gach, istnienie garbu kątowego, bóle typu korzonkowego, ropnie opadowe, i wiek odnośnych chorych — jest ogromnie zbliżone w obrazie klinicznym do gruźlicy kręgów i prowadzi dosyć często do odnośnych pomyłek rozpoznawczych. Jakkolwiek schorzenie, to występuje niewątpliwie rzadziej od ostrego zapalenia kręgów wieku dziecięcego i młodzieńczego, jednakże autor w ciągu ostatnich lat dwu tego rodzaju chorych spostrzegał.

U jednego, po dłuższym okresie powstawania coraz to nowych ognisk zakażenia gronkowcowego (zastrzał dłoni, ropień na przebiegu mostka, ropień płuca, zakrzepowe zapalenie żyły), wystąpiło rozległe zniszczenie 2 trzonów kręgowych (D X i D XI) i następowe wytworzenie się garbu kątowego. Po unieruchomieniu kręgosłupa stan chorego ogromnie się poprawił.

Historja choroby drugiego chorego wygląda podobnie: liczne ogniska zakażenia gronkowcowego, zniszczennie trzonów D X i D XI, garb, ropień w okolicy lędźwiowej, bóle korzonkowe; chory ten zmarł w krótkim czasie.

Ogólnie biorąc, punktem wyjścia zakażenia gronkowcowego kręgów jest zwykle czyrak, zastrzał, ropowica krocza lub okolicy lędźwiowej, ognisko kostne; czasami zaznacza się rola urazu w powstaniu ogniska w kręgach (np. stłuczenie kręgosłupa). Ognisko to jest umiejscowione najczęściej w okolicy lędźwiowej i piersiowej, ale bywa i w pozostałych; a może być jednocześnie i parę ognisk na różnych wysokościach. Proces zapalny może dotyczyć bądźto łuku tylnego, bądź też samego trzonu (zwykle jego przedniej części). Ta druga ewentualność jest znacznie groźniejsza dla chorego, gdyż powoduje wytwarzanie się garbu i głębokich ropni (ucisk na rdzeń). Na obraz kliniczny powyższego cierpienia składają się trzy zasadnicze objawy: ropnie przykręgosłupowe, garb i zaburzenia nerwowe.

Ropnie najczęściej zbierają się na grzbiecie, nawet wtedy jeśli mają swój punkt wyjścia w przedniej części trzonu kręgowego; ale bywają i ropnie przednie. Stosunkowo dużą odsetkę stanowią ropnie wewnątrz kanału kręgowego, powodujące ucisk rdzenia ewentualnie zapalenie opon rdzeniowych.

Bóle bywają charakteru gośćcowego (lumbago!) lub korzonkowego (ischias, neuralgja intercostalis); mogą im towarzyszyć porażenia kończyn i zaburzenia w oddawaniu moczu i kału.

Garb zwykle rozwija się szybko, rzadziej — powoli. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje tu zniszczenie trzonu kręgowego, ale nie pozwala na wyciąganie dalej idących wniosków co do etjologji cierpienia.

O rozpoznaniu decyduje badanie bakterjologiczne ropy. Rokowanie jest zawsze poważne, gdyż schorzenie nawet po całkowitem wyleczeniu klinicznem zdradza duże tendencje do nawrotów.

Przegląd chirurgji dziecięcej i chirurgji kostnostawowej w 1932 roku. (La chirurgie infantile et la chirurgie ostéo-articulaire en 1932). M o u c h e t i R o e d e r e r.

Paris Méd. Nr. 25, czerwiec 1932.

P o d o k o s t n o w e w c z e s n e w y c i ę c i e t r z o n u k o ś c i d ł u g i c h w o s t r e m z a p a l e n i u s z p i k u k o s t n e g o. Operacja powyższa jest wskazana w ciężkich przypadkach ostrego zapalenia szpiku kostnego z daleko posuniętemi zmianami miejscowemi, przyczem bywa wykonywana bądźto pierwotnie, bądź też wtórnie — jeśli nacięcie ropnia względnie wydłutowanie otworu w kości nie sprowadza wyraźnej poprawy. Jeśli chodzi o kość goleniową, to sposób powyższy uważają niektórzy autorowie za metodę z wyboru w każdym przypadku ostrego zapalenia szpiku kostnego (w czasie 3 — 10 dni od początku choroby).

Wycięcie kości zabezpiecza szybkie opanowanie miejscowego ogniska zakaźnego i objawów ogólnego zakażenia, skraca wybitnie okres gojenia się rany i w sposób zupełnie pewny chroni przed nawrotami cierpienia w tejże kości, tak częstemi po bardziej zachowawczych sposobach operacyjnych. Okostną należy możliwie całkowicie zachować, gdyż — jeśli nawet odrzucić jej rolę w nowotworzeniu się kości — to stanowi ona w każdym razie ważną osłonę dla toczących się wewnątrz niej nieznanych bliżej procesów tworzenia nowej zdrowej kości przed ewentualnemi szkodliwościami zzewnątrz. Nowa kość wytwarza się tem szybciej, im wcześniej została wycięta kość chora, i ma budowę anatomohistologiczną zupełnie zbliżoną do kości prawidłowej. Większego skrócenia kończyny nie widuje się — pod warunkiem dostatecznego jej unieruchomienia po operacji i oszczędzenia chrząstek nasadowych w czasie operacji.

II. L e c z e n i e w a d l i w i e z a g o j o n y c h z ł a m a ń g o l e n i p o n a d k o s t k o w y c h. Proponowanie tutaj przecięcie kości powyżej kostki dla wyrównania koślawości stopy jest tylko półśrodkiem, który zaledwie umożliwia chodzenie. Wycięcie całkowite kości napiętkowej pozostawia pewne skrócenie kończyny i mniej lub więcej znaczne ograniczenie ruchów w stawie skokowym.

Najlepsze wyniki daje operacja, podana przez Basset'a. Polega ona na przecięciu kości strzałkowej tuż powyżej kostki, na wycięciu całej tkanki bliznowatej i znajdujących się tutaj wyrośli kostnych i oczyszczeniu w ten sposób powierzchni stawowych kości goleniowej i napiętkowej. Po odtworzeniu mniej więcej prawidłowych warunków anatomicznych układa się z powrotem na miejsce odciętą kostkę zewnętrzną i przyśrubowuje się ją do kości goleniowej. W razie obecności wolnego cdłama tylnego usuwa się go z cięcia bocznego (po odsunięciu ścięgien mięśni do przodu lub przyśrodkowego (w bróździe pozakostkowej).

Leczenie operacyjne przystawowych ognisk kostnych gruźliczych. (Ostéites tuberculeuses juxta-articulaires de la hanche). R i c h a r d i G a s n e.

Paris Méd. Nr. 25, czerwiec 1932.

Autorowie zwracają uwagę na fakt, że leczenie operacyjne przystawowych ognisk kostnych gruźliczych, stosowane z takiem powodzeniem, jeśli chodzi o staw łokciowy i kolanowy, zawodzi całkowicie w zastosowaniu do stawu biodrowego. Operacyjne wydłutowanie i wyłyżeczkowanie takiego przystawowego ogniska ma na celu niedopuszczenie do przejścia procesu swoistego na sam staw. Tymczasem, w przypadkach ognisk gruźliczych w pobliżu stawu biodrowego (szyja kości udowej, kość biodrowa) operacja nietylko nie chroni stawu przed przejściem nań procesu gruźli-

czego, ale — odwrotnie — jakby je przyśpieszała; w tym czasie kiedy leczenie zachowawcze w analogicznych przypadkach prowadzi do zupełnego klinicznie wyleczenia, nawet w zachowaniu ruchów w stawie biodrowym. Przyczyniają się do tego niepomyślnego zejścia operacyj w przypadkach ognisk gruźliczych przy stawie biodrowym pewne szczegóły, anatomiczne tego stawu, a mianowicie: głębokie osadzenie głowy kości udowej w panewce, obejmowanie torebką stawową rozległych odcinków kości (prawie cała szyja kości udowej, duża część kości łonowej, kulszowej), obecność zachodzących daleko (aż do linji międzykrętarzowej) uchyłków torebki stawowej i t. p. Wszystko to sprzyja szybszemu przejściu procesu gruźliczego na staw po operacyjnem wyłyżeczkowaniu odnośnych ognisk przystawowych. Na poparcie powyższego twierdzenia autorowie przytaczają kilka bardzo charakterystycznych historyj chorych.

Stosunki anatomiczne i leczenie ropowicy stopy, szerzącej się na goleń. (A propos d'un phlegmon du pied propagé á la jambe). L a g r o t i C o h e n - S o l a l.
La Presse Méd. Nr. 76, wrzesień 1932.

W związku z przypadkiem ropowicy stopy i goleni autorowie podają swoje rozważania na temat warunków anatomicznych, sposobów szerzenia się, techniki operowania w tego rodzaju przypadkach.

Ropowice stopy, w porównaniu z ropowicami dłoni, są naogół rzadkie; punktem wyjścia zakażenia jest zwykle rana, drążąca mniej lub więcej głęboko.

Dla zrozumienia przebiegu tego cierpienia ważną jest znajomość szczegółów anatomicznych danej okolicy. Stopę od strony podeszwowej można podzielić pod względem topograficznym na 3 przestrzenie (fossae), oddzielone od siebie powięziami: p r z y ś r o d k w ą (zawierającą ścięgno mięśnia zginającego paluch długiego), ś r o d k o w ą (zawierającą ścięgno mięśnia zginającego palce wspólnego), b o c z n ą. W tylnej części goleni rozróżniamy również trzy przestrzenie analogiczne: p r z e d n i ą (zawierającą 3 mięśnie — goleniowy tylny, zginający palce wspólny i zginający paluch długi), i t y l n ą (zawartą między poprzedniemi i mięśniem łydkowym) i b o c z n ą (mięśnie strzałkowe).

W przypadku autorów zranieniu uległa okolica nasady dużego palca, co dało powód do powstania ropowicy przestrzeni przyśrodkowej stopy z obumarciem przebiegającego tutaj ścięgna zginacza długiego palucha i zajęciem przez proces ropny pochewki maziowej powyższego ścięgna na jego przebiegu poniżej i dotyłu od kostki wewnętrznej. Tutaj narazie sprawa się zatrzymała. Pozostałe przestrzenie stopy pozostały niezajęte przez proces chorobowy, jedynie tylko ścięgno zginacza wspólnego zostało cześciowo wciągnięte w powyższy proces w miejscu, w którem krzyżuje się na swym przebiegu ze ścięgnem zginacza palucha (t. j. poza kostką wewnętrzną). Po krótkiej przerwie sprawa chorobowa posunęła się dalej, ku górze, i przeszła na przednią i tylną przestrzeń goleni, tworząc duży ropień, uwypuklający się z obu stron ścięgna Achillesa, i zatrzymując się definitywnie poniżej przyczepu mięśnia trójgłowego łydki. Dół podkolanowy pozostał wolny od procesu chorobowego. W międzyczasie ropień przerwał się do jamy stawu skokowego i wywołał ropne jego zapalenie.

L e c z e n i e tego rodzaju ropowicy powinno polegać na r o z l e g ł e m nacięciu ściany ropnia, począwszy od podstawy dużego palca — wzdłuż ścięgna zginacza palucha — aż do górnotylnego końca pochewki maziowej tego ścięgna (poza kostką wewnętrzną), j e d n e m d ł u g i e m c i ę c i e m; tylko tak wykonany zabieg jest w stanie zatrzymać proces chorobowy w jego szerzeniu się ku górze.. Najczęściej zachodzi konieczność uzupełnienia cięcia podeszwowego drugiem cięciem od strony grzbietowej na wysokości I przestrzeni międzykostnej. W razie utworzenia się ropnia łydki nacina się jego ścianę dwoma cięciami z obu stron ścięgna Achillesa. Co się tyczy wreszcie ropnego zapalenia stawu skokowego, to zwykle nie wystarcza tu nacięcie torebki stawowej, a zachodzi konieczność wyjęcia kości napiętkowej, poczem sprawa goi się szybko. W czasie całego przebiegu tej ropowicy stan ogólny chorego nie ulega poważniejszemu zakłóceniu; jedynie tylko w okresie zajęcia stawu zaznaczyło się wyraźniej zatrucie ustroju jadami bakteryjnemi, które jednak szybko ustąpiło po wyjęciu kości napiętkowej.

Wyniki leczenia operacyjnego dusznicy bolesnej. (Resultats du traitement chirurgical de l'angine de poitrine). D a n i e l o p o l u.
Wyd. Cultura, Bukareszt 1932.

Jak obecnie, istnieją dwie zasadnicze metody leczenia chirurgicznego dusznicy bolesnej. Jedna *(Frack-Jonnesco-Gomoiu)*, zalecana i wykonywana przez Leriche'a, polega na wycięciu na szyi współczulnego zwoju gwiaździstego (gangljon stellatum), druga (metoda autora), — na przecięciu względnie częściowem wycięciu nerwu współczulnego na szyi powyżej zwoju gwiaździstego, nie ruszając tego ostatniego.

Napad dusznicy bolesnej bywa wywołany, jak wiadomo, na drodze odruchu, wychodzącego z czuciowych zakończeń nerwowych w ścianie serca i tętnicy głównej (wpływ drażniący trujących produktów zmęczenia w mięśniu sercowym), i doprowadzającego do skurczu naczyń wieńcowych serca. Ośrodkiem tego odruchu jest, według Leriche'a, zwój gwiaździsty, co uzasadnia metodę leczenia dusznicy bolesnej zapomocą usuwania tego zwoju.

Autor pracy niniejszej zarzuca jej, że niepotrzebnie przerywa także bieg włókien nerwowych, r o z s z e r z a j ą c y c h naczynia wieńcowe, tak, że ostatecznie operacja zamiast poprawy może sprowadzić pogorszenie, a nawet szybkie zejście śmiertelne wskutek niedokrwienia mięśnia sercowego. Dlatego uważa ją za bezcelową i szkodliwą.

Według *Danielopolu,* ośrodek odruchu, wywołującego napad dusznicy bolesnej, znajduje się powyżej zwoju gwiaździstego. w ośrodkowym układzie nerwowym. Podany przez niego zabieg polega na p r z e c i ę c i u n e r w u w s p ó ł c z u l n e g o n a s z y i p o w y ż e j z w o j u s z y j n e g o d o l n e g o (ganglion cervicale inferius wraz z gangljon intermedium i ganglion thoracicum I tworzą ganglion stellatum), na przecięciu n e r w u k r ę g o w e g o (ner-

vus vertebralis, wychodzący z górnego bieguna zwoju szyjnego dolnego) włókien wychodzących od nerwu błędnego na szyi i do wewnątrz klatki piersiowej i włókien łączących zwój szyjny dolny ze splotem barkowym (rami communicantes). Zabieg ten ma na celu przerwanie dośrodkowej części łuku odruchowego, wywołującego napad dusznicy, nie ruszając zwoju gwiaździstego i włókien rozszerzających naczynia wieńcowe.

Operację wykonywa się z początku po stronie lewej, w razie niedostatecznego wyniku — dodaje się wtórnie i po stronie prawej. W przypadkach niezbyt ciężkich zamiast przecięcia nerwu współczulnego lepiej jest go wyciąć na pewnej przestrzeni, co lepiej zabezpiecza właściwy wynik leczniczy.

Wpływ leczniczy poczwarek much na gojenie się ran ropiejących, a zwłaszcza ran po operacji zapalenia szpiku kostnego. (Les larves des mouches en thérapeutique chirurgicale). Mignot.
La Presse Méd. Nr. 77, wrzesień 1932.

Już *Paré* (XVI wiek), a później i *Larrey* (w okresie wojen napoleońskich) zauważyli wybitnie dodatni wpływ obecności poczwarek much w ranach ropiejących na gojenie się tych ran. Poczwarki te współdziałały w oczyszczaniu się ran z tkanek obumarłych, pobudzały wydatnie preces ziarninowania i skracały w ten sposób znacznie okres gojenia się ran. Zabójczo działały na nie: wywar z czosnku, ruty lub szałwji.

Podobne spostrzeżenia poczynili chirurdzy amerykańscy w czasie wojny europejskiej (zwłaszcza co się tyczy złamań otwartych i powikłanych zapaleniem szpiku kostnego). W okresie powojennym jeden z nich, *Baer* z Baltimore, podał nawet metodę leczenia przewlekłego zapalenia szpiku kostnego przy użyciu poczwarek much; jego zaś następcy (Livingston) metodę tę szczegółowo opracowali.

Do doświadczeń na zwierzętach, a następnie do prób klinicznych używano poczwarek muchy zielonkawej (calliphora crythocephala), którą się spotyka jako taką tylko przez kilka miesięcy letnich, dlatego też trzeba było przystąpić do sztucznej hodowli odnośnych poczwarek, co przeprowadzono na dużą skalę z powodzeniem. Okres życia poczwarek tych trwa wszystkiego 5 — 6 dni, poczem przechodzą one w okres kokonu, z którego rozwija się mucha po mniejwięcej 14 dniach. Jajeczka, używane do hodowli poczwarek, są uprzednio wyjaławiane przez godzinę w roztworze sublimtu 1:100, zawierających dodatek alkoholu 95% w stosunku 25% do całości, poczem zostaną przeniesione aseptycznie na płytki agarowe względnie plasterki mięsa wołowego, na których wzrastają do chwili przesadzenia na ranę.

Po operacji (typowej np. dla przewlekłego zapalenia szpiku kostnego) ranę wykłada się gazą na 48 godzin dla zatamowania krwawienia, przy pierwszym zaś opatrunku gazę usuwa się, ranę przemywa się obficie roztworem fizjologicznym soli i na powierzchni rany układa się poczwarki 48-godzinne w liczbie, odpowiadającej wielkości tej powierzchni, poczem ranę wystawia się na działanie światła na przeciąg 2 — 3 godzin — aby zmusić poczwarki do skrycia się w zagłębieniu i uchyłki rany. Ranę przykrywa się paroma warstwami gazy, którą przylepia się do brzegów skóry przylepcem. Opatrunek tak zmienia się, zależnie od ciężkości zakażenia, co 3 — 5 dni, dotąd, dopóki cała rana nie pokryje się żywoczerwoną jędrną ziarniną.

Działanie lecznicze poczwarek tłumaczy się tutaj nietylko pożeraniem przez nie (fagocytozą) drobnoustrojów i tkanek obumarłych, ale także zmianą odczynu chemicznego środowiska rany, a zwłaszcza wydzielaniem przez poczwarki pewnej swoistej substancji, która będąc sztucznie wydobyta z ciał poczwarek okazała się bardzo zbliżoną w swem działaniu do bakterjofagu. Zastosowanie poczwarek w leczeniu ran zakażonych i ran po operacji wskutek zapalenia szpiku kostnego dało wybitnie dobre wyniki, jak tego dowodzą bogate statystyki licznych autorów amerykańskich, przyczem leczenie to nie przedstawiało żadnego ryzyka ani niebezpieczeństwa dla chorych.

Leczenie złamań kości piętowej, powstałych wskutek zgniecenia. (Les fractures sous-thalamiques du calcanéum-leur traitement par la réduction á ciel ouvert et la greffe ostéo-périostique). Lenormant i Wilmoth.
Journ. de Chir. XL — 6r. 1, lipiec 1932.

Złamania kości piętowej „ze zgniecenia" stanowią 66% wszystkich jej złamań; pozostałe 34% stanowią złamania „z oderwania", dotyczące prawie wyłącznie guza kości piętowej (gwałtowny skurcz mięśni łydki).

Złamania ze zgniecenia dotyczą samego trzonu kości piętowej, a mechanizm ich polega na wgnieceniu (pod wpływem ucisku z góry kości napiętkowej) górnej zbitej części kości piętowej, stanowiącej jakby wzgórek (thalamus), w środkową gąbczastą jej część, znacznie słabszą strukturalnie. Co do rozległości i nasilenia tego złamania rozróżniamy trzy stopnie:

I stopień: wzgórek kości piętowej jest wgnieciony tylko na 2 — 3 mm, sama kość piętowa jest zaledwie trochę spłaszczona, statyka powierzchni stawowych z kością napiętkową i sześcianowatą — tylko nieznacznie zaburzona.

II stopień: wgniecenie sięga głębiej, pęka i zewnętrzna powierzchnia kości piętowej, a kość sama ulega znacznemu spłaszczeniu i powiększeniu w. wymiarze poprzecznym, przyczem powierzchnie stawowe zostają przemieszczone, na czem cierpi wyraźnie statyka i ruchomość odnośnych stawów.

III stopień: kość piętowa jest zupełnie zmiażdżona, jej wysokość — zmniejszona do połowy, powierzchnie stawowe — porozsuwane, powstają nadwichnięcia w stawie goleniowo-napiętkowym, napiętkowo - piętowym, napiętkowo - piętowym, napiętkowo - łódkowatym i piętowo - sześcianowatym, stopa staje się płaską i koślawą, następowe zaburzenia czynnościowe stopy są ogromne, a prawidłowy zrost kości przy leczeniu zachowawczem powstaje bardzo trudno.

Leczenie złamań kości piętowej ze zgniecenia przechodziło różne koleje. Z początku trzymano się taktyki wyczekującej — ciepłe kąpiele na obrzęki, leżenie w łóżku, miesienie; postępo-

wanie takie, jednakże, poza złamaniami I stopnia, dawało wyniki wysoce niepomyślne — chory stawał się inwalidą do końca życia, gdyż chodzenie na tak zniekształconej stopie (koślawo-płaskiej) było bardzo utrudnione. Stało się jasnem, że pierwszym warunkiem do otrzymania pożądanego wyniku leczniczego jest — jak w każdym zresztą złamaniu — zestawienie odłamów to jest, w danym przypadku, odprowadzenie górnej wgniecionej części kości piętowej (thalamus) na swoje właściwe miejsce, przez co stopa odzyskuje prawidłowe wysklepienie i ustawienie, a stawy — prawidłową ruchomość. L e r i c h è w celu ustalenia odłamów w ich ostatecznem ustawieniu używa metalowego szwu kostnego (agrafki, śruby Lambot'a). Ma to jednak swoje złe strony: przy znacznem zdruzgotaniu i dużej kruchości szew metalowy słabo trzyma odłamy i jest naogół źle znoszony, a po uniesieniu ku górze wgniecionego odłama pozostaje pod nim pusta, martwa przestrzeń, która bardzo wolno wypełnia się blizną kostną; szew taki trzeba z reguły wtórnie usuwać, a całe leczenie trwa około 6 miesięcy.

Boehler postępuje inaczej, wykonując trzy kolejne zabiegi. Najpierw przecina podskórnie ścięgno Achillesa (żeby znieść pociąganie tylnego odłama). Następnie, modeluje forsownie (zapomocą odpowiedniego przyrządu zgniatającego) wysklepienie stopy i, wreszcie, zgniata poprzecznie kość pietową dla nadania jej odpowiedniej wysokości, poczem zakładaa gips na przeciąg 9—14 tygodni (licząc czas od dnia wypadku). Metodzie tej możnaby zrobić zarzut, że jest naogół długa, skomplikowana i brutalna, a do tego w dużym stopniu działa na ślepo.

Autorowie zalecają wypróbowany przez siebie wielokrotnie z dużem powodzeniem sposób, który polega na operacyjnem odprowadzeniu na miejsce wgniecionego górnego odłama (thalamus) i utrzymania go w tem położeniu przez podłożenie podeń p r z e s z c z e p u k o s t n o-o k o s t n o w e g o, wziętego z piszczeli. Przeszczep ten, poza swą rolą czysto mechaniczną, ma również przeznaczenie biologiczne — dostarcza materjału wapniowego do mającej powstać blizny kostnej i wypełnia sobą pustą jamę w kości, która powstaje po odprowadzeniu górnego odłama na miejsce. Kończynę po operacji układa się w szynie drewnianej, a po zdjęciu szwów skórnych i całkowitem zagojeniu się rany operacyjnej — w gips na przeciąg 2 miesięcy.

Autorowie we wnioskach swych opierają się na materjale 29 operowanych w powyższy sposób przypadków, przyczem 16 chorych było spostrzeganych następowo przez czas dłuższy — u 15 wynik czynnościowy był bardzo dobry, u 1 — niepomyślny (ograniczenie ruchów stopy w kierunku zginania grzbietowego i bóle przy dłuższem chodzeniu).

W niektórych przypadkach doszło do zesztywnienia w stawie napiętkowo-piętowym, ale dolegliwości z tego powodu chorzy nie odczuwali żadnych, gdyż dla sprawności czynnościowej stopy decydujące znaczenie ma zachowanie prawidłowej ruchomości w stawie goleniowo-napiętkowym, piętowo-sześcianowatym i napiętkowo-łódkowatym, co wyżej opisana metoda zabezpiecza całkowicie.

Rola układu nerwowego współczulnego w powstawaniu obrzęków. (Du role du sympathique dans la pathogénie des oedèmes). B r a n d a o.

Lyon Chirurgical XXIX — Nr. 4, lipiec — sierpień 1932.

Istnieje cały szereg teoryj, wyjaśniających mechanizm powstawania obrzęków i prawa ,rządzące produkcją i wymianą płynów ustrojowych między poszczególnemi tkankami, których nadmierne nagromadzenie się w jednem miejscu stanowi istotę obrzęku. Najdawniejsza, teorja mechaniczna, tłumacząca powstawanie obrzęków zastojem krwi żylnej, upadła ostatecznie, kiedy szereg autorów wykazał brak zupełny obrzęków po podwiązaniu jałowem żyły udowej, żyły próżnej dolnej i żyły szyjnej. *Leriche* i *Jung* dowiedli doświadczalnie i klinicznie, że występowanie obrzęków w przebiegu zapalenia zakrzepowego żyły jest ściśle związane z zapaleniem przydanki żyły (adventitia), a wycięcie chorego odcinka żyły, wypełnionego zakrzepami, usuwa owe obrzęki.

Pozostawiając nauboczu inne teorje odnośne fizykochemiczną, toksyczną, naczyniową i nerwową — autor uważa, jak obecnie, za udowodnione istnienie specjalnej postaci obrzęków p o c h o-d z e n i a w s p ó ł c z u l n e g o. (różnego rodzaju ostro występujące i ostro ustępujące obrzęki naczynioruchowe). Przyczem rola współczulnego układu nerwowego nie ogranicza się tylko do tego typu obrzęków, ale rozciąga się i na inne (obrzęki zastoinowe, pourazowe, żylne), a niektórzy autorowie uważają, że wogóle niema obrzęków bez współudziału nerwów naczynioruchowych, które stanowią — jak wiadomo — część układu współczulnego.

Leriche przedstawia sobie mechanizm powstawania obrzęków w przebiegu zapalenia żyły w sposób następujący: w zmienionej zapalnie ścianie żyły, powstają bodźce chorobowe, które przenoszą się za pośrednictwem nerwów czuciowych dośrodkowo i tu na drodze odruchu (przez nerw współczulny) dają skurcz włośniczek odnośnego odcinka kończyny z następowym zastojem żylnym, utrudniającym krążenie oboczne, i odnośnemi zaburzeniami odżywczemi i, wreszcie, anatomicznemi. Wycięcie zaś chorego odcinka żyły, podobnie jak wycięcie pnia nerwu współczulnego na szyi na pewnej przestrzeni względnie odnerwienie odnośnej tętnicy w zakresie chorej kończyny, sprowadzają ustąpienie obrzęków przez p r z e r-w a n i e o w e g o ł u k u o d r u c h o w e-g o (ściana żyły — ośrodki współczulne na szyi — nerwy współczulne odśrodkowe w ścianie tętnicy — włośniczki) w różnych trzech punktach

Autor pracy niniejszej, nie negując bynajmniej roli układu współczulnego w powstawaniu obrzęków, chce ją zmodyfikować w tym sensie, żeby wyeliminować tu pośrednictwo samej gry naczyniowej. Uważa on, że rozszerzenie jako też i zwężenie naczyń są tylko zjawiskiem t o w a r z y-s z ą c y m powstawaniu obrzęków, roli istotnej tutaj jednak nie grają. Nieprawidłowe podniety, przenoszące się wzdłuż włókien współczulnych do obwodu, działają b e z p o ś r e d n i o n a p r o c e s w y m i a n y p ł y n ó w t k a n-k o w y c h m i ę d z y k o m ó r k a m i i p r z e s t r z e n i a m i c h ł o n n e m i i n a k o m ó r k i ś r ó d b ł o n k a, powodując nagromadzenie się tych płynów w szczeli-

nach tkankowych — bez pośrednictwa gry naczyniowej. Przemawiają zatem takie pozornie paradoksalne fakty, jak wywołanie obrzęków w jednych przypadkach, a ich leczenie w innych zapomocą jednego i tego samego zabiegu, a mianowicie — rozszerzenia naczyń; poza tem — szybkie występowanie i prawie natychmiastowe, po odpowiedniej operacji, znikanie obrzęków, brak w wielu przypadkach jakichkolwiek objawów klinicznych i następstw dłużej trwających zaburzeń w krążeniu w zakresie chorej kończyny, ostre granice tych obrzęków, utrzymujące się miesiącami bez najmniejszych przesunięć i t. p.

Autor przypisuje w ten sposób układowi nerwowemu współczulnemu, poza innemi jego czynnościami, również rolę regulowania wymiany płynów między tkankami i wywoływania obrzęków; a stanami nadmiernej pobudliwości tego układu i jego ośrodów „obrzękorodnych" na bodźce fizjologiczne możnaby wytłumaczyć zupełnie jasno powstawanie obrzęków czysto „nerwowych" jak obrzęk Quinckego i t. p.

Przecinanie przednio-bocznego powrózka rdzenia w przypadkach uporczywych bólów w przebiegu raka nieoperacyjnego. (La cordotomie dans les douleurs de certains cancéreux inopérable). Wertheimer.

Lyon Chirurgical XXIX — Nr. 4, lipiec — sierpień 1932.

Operacja przecięcia przednio-bocznego powrózka rdzenia (Goversa) ma na celu przerwanie przewodnictwa włókien czuciowych, przenoszących czucia bólowe od przeciwnej i niżej leżącej połowy ciała („cordotomie"). Zabieg ten stosuje się w przypadkach beznadziejnych (np. raki nieoperacyjne), w których bóle nieustanne zmuszają do masowego używania narkotyków.

Autor podaje opis 4 przypadków raka macicy z przerzutami, w których dokonał przecięcia przednio-bocznego powrózka rdzenia po jednej stronie z powodu silnych i uporczywych bólów. Przecięcie wykonano na poziomie D III, tuż poza punktem wyjścia korzonków przednich, długości i głębokości 3 mm. Bóle ustąpiły natychmiast, zniesczulenie skóry (do poziomu na 2 palce poniżej wyrostka mieczykowatego) dotyczyło czucia bólu, gorąca i zimna. Czucie dotyku, czucie głębokie i ruchy były całkowicie zachowane, jedynie tylko pozostały zaburzenia w oddawaniu moczu, które wymagały cewnikowania pęcherza.

Autor nie jest bynajmniej wielkim zwolennikiem tego zabiegu, uważając, że w przypadkach bólów kauzalgicznych, kryzach żołądkowych, nerwobólach w przebiegu półpaśćca, kraurosis vulvae bardziej wskazane są operacje obwodowe względnie przecięcie tylnych korzonków rdzenia; chorych powyższych, znajdujących się zwykle w niezłym stanie ogólnym, nie można narażać na ryzyko „kordotomji" w postaci następowych zaburzeń odżywczych i pęcherzowych, a czasami i ruchowych. Inaczej się rzecz przedstawia, jeśli chodzi o beznadziejnych chorych na raka przykutych do łóżka, dla których jedynem życzeniem jest pozbyć się bólów za wszelką cenę. Stany powyższe dają właściwe wskazania do wykonania przecięcia przednio-bocznego powrózka rdzenia.

W dyskusji, jaka się wywiązała po odczycie autora, Ricard i Bérard zwrócili uwagę z jednej strony na dosyć dużą śmiertelność pooperacyjną po tym zabiegu (25%) i duży procent wyników połowiczych, a nawet braku jakiegokolwiek polepszenia, z drugiej zaś — na dużą odsetkę dobrych wyników (jeśli chodzi o uspokojenie bólów), jakie daje nawet w przypadkach beznadziejnych zastosowanie naświetlań radowych w połączeniu z naświetlaniami rentgenowskiemi.

Szczepienia lecznicze w miejscu wniknięcia zakażenia do ustroju. (Vaccination á la porte d'entréeméthode Basset-Poincloux). Delrez i Lambert.

La Presse Méd. Nr. 60, lipiec 1932.

Według *Besredki*, każdy rodzaj drobnoustrojów wykazuje szczególne powinowactwo do pewnych tkanek lub narządów; uodporniając zapobiegawczo daną tkankę lub narząd przeciwko odpowiednim drobnoustrojom, chroni się jednocześnie cały ustrój przed odnośnem zakażeniem. W myśl powyższego *Basset* i *Poincloux* wpadli na pomysł, żeby leczyć zakażenie, będące już w toku, zastosowaniem swoistej szczepionki w miejscu przeniknięcia drobnoustrojów do chorego ustroju. Szczepionka powinna okazać w tym przypadku znacznie silniejsze działanie, niż gdyby została wprowadzona podskórnie lub domięśniowo.

W zapaleniach macicy i przymacicza szczepionkę (gonokokową) wstrzykuje się do śluzówki szyi macicznej; w zapaleniach przydatków macicznych — w okolice gruczołów Skene'a (zakażenie tryprowe), do śluzówki odbytu (prątek okrężnicy), lub do śluzówki sromu (gronkowce); w stawowych lub innych powikłaniach trypra u mężczyzn — do śluzówki cewki moczowej w okolicy jej ujścia zewnętrznego. Wstrzykiwania powyższe powtarza się w odstępach 2 — 4-dniowych. Spostrzeżenia kliniczne potwierdziły powyższe przypuszczenia całkowicie. Osiągnięto w wielu przypadkach wyniki doskonałe, dochodzące do 85% trwałego wyleczenia (metritis, arthritis gonococcica).

Autorowie pracy niniejszej przeprowadzili leczenie powyższe w 29 przypadkach zapalenia przydatków macicznych i w 5 — zapalenia rzeżączkowego stawów; wyniki mieli również bardzo dobre, zwłaszcza w ostrych i podostrych zapaleniach rzeżączkowych przydatków. Poza tem, starali się również wyjaśnić sprawę swoistości samej szczepionki i swoistości wprowadzania jej w miejscu przeniknięcia zakażenia do ustroju, przyczem doszli do zupełnie niespodziewanych wyników. Z jednej strony okazało się, że wstrzykiwanie dożylne szczepionki gonokokowej (0.25 cm^3) daje taki sam odczyn miejscowy (przydatki, stawy) i ogólny i ostateczny wynik leczniczy, jak jej wprowadzenie w miejscu przeniknięcia zakażenia do ustroju, z drugiej zaś — że wstrzyknięcie dożylne (0,2 cm^3) lub do gruczołów Skene'a buljonu Delbeta (propidonu) dawało taki sam wynik leczniczy, jak wstrzykiwanie szczepionki gonokokowej.

A więc ani sposób wprowadzania „regjonalnego" szczepionki przeciwrzeżączkowej, ani ona sama — nie mają bynajmniej charakteru „swoistości", jeśli chodzi o ostateczny wynik leczniczy. Leczenie zaś szczepionką według *Basset'a* i *Poincloux* oparte jest wyłącznie na jej działaniu wstrząsorodnem (shock), przyczem zupełnie równorzędnem, jeśli chodzi o wynik leczniczy, a znacznie prostszem w wykonaniu okazało się wstrzykiwanie szczepionek dożylne.

M. Czyżewski.

CHOROBY KOBIECE. POŁOŻNICTWO.

Leczenie promieniami Roentgena zapaleń narządu płciowego kobiety. (Le traitement roentgenothérapique des affections inflammatoires pelviennes d'origine génitale chez la femme). Mathey-Cornat.

Bull. Soc. méd. France T. 19, str. 521, 1931 r.

Autor omawia leczenie promieniami Roentgena spraw zapalnych toczących się w miednicy małej, a związanych etjologicznie ze schorzeniami narządu rodnego. Wchodzi tu w grę w pierwszym rzędzie gruźlica, a dalej zapalenia nieswoiste, względnie o nieustalonej etjologji.

Mechanizm działania promieni X polega przedewszystkiem na bezpośrednim wpływie na proces zapalny, ponadto nie bez znaczenia jest wtórny wpływ na jajniki, zresztą zazwyczaj szczególnie czułe na energję promienistą właśnie w przypadkach schorzeń zapalnych.

Całkowitą kastrację stosować należy jedynie w ciężkich schorzeniach, lub u kobiet w wieku zbliżającym się do przekwitania, ponadto w ciężkiem gruźliczem zapaleniu jajowodów, u kobiet bezpłodnych.

Ubezpłodnienie częściowe wskazane jest w podostrych i przewlekłych zapaleniach przydatków i przymacicza, jak również w jednostronnej gruźlicy przydatków.

Słabe naświetlania promieniami Roentgena służy do pobudzenia jajników względnie samego procesu zapalnego, jeśli przebiega on w lekkiej postaci, a zwłaszcza tam, gdzie jednym z objawów jest brak miesiączki lub bolesne miesiączkowanie.

Naświetlanie promieniami X jest zasadniczym środkiem leczniczym dla gruźlicy przydatków, w innych zaś schorzeniach nieswoistych jest ono jednym ze sposobów postępowania lekarskiego obok diatermji i naświetlania promieniami pozaczerwonemi.

Roentgen, jako środek leczniczy przeciwskazany jest jedynie w bardzo bolesnych postaciach zapalenia przydatków.

W sprawie leczenia zaburzeń czynnościowych jajnika zapomocą promieni pozafiołkowych. (De l'emploi des rayons ultra-violets dans les troubles fonctionnels de l'ovaire). Devois A.

Rev. d'Actinol. T. 6, str. 603, 1931 r.

Naświetlanie pozafiołkowemi promieniami może być bądź ogólne, bądź miejscowe. Do naświetlań ogólnych autor używa lampy kwarcowej, dając 2 serje naświetlań po 12 posiedzeń każda, z przerwą jednomiesięczną pomiędzy niemi.

Naświetlanie miejscowe stosuje sie na podbrzusze, bądź na okolicę lędźwiowo-krzyżową, albo na przednią powierzchnię klatki piersiowej (o ile z pewnością wyłączyć można jakikolwiek bądź czynny proces gruźliczy płuc).

W przypadkach skąpego lub rzadkiego miesiączkowania nadaje się najlepiej naświetlanie ogólne, które nawet stosować można zapobiegawczo u osób korzystających nagołł zbyt mało ze światła słonecznego, jak to ma miejsce w wielkich miastach.

Jeśli zaburzenia w prawidłowości cyklu mają swą podstawę w przebytej sprawie zapalnej, należy raczej traktować ją diatermją i promieniami pozaczerwonemi. Dopiero kiedy zaburzenia czynnościowe jajnika trwają nadal, pomimo objektywnej poprawy, wchodzi w grę naświetlanie promieniami pozafiołkowemi. W przypadkach skąpego miesiączkowania stosować należy 3 — 4 naświetlań w ostatnim tygodniu przed miesiączką. Leczenie to połączyć można z podawaniem preparatów jajnikowych, a także tarczycowych, nadnerczy i przysadki.

W przypadkach zaburzeń okresu przekwitania często ogólne naświetlania dają dobre wyniki. Podobnie w krwawieniach okresu pokwitania autor stosuje ogólne naświetlania promieniami pozafiołkowemi. Ponadto w przypadkach obfitych krwawień miesięcznych podawać należy preparaty gruczołu mlecznego i naświetlać przednią powierzchnię klatki piersiowej. Naświetlanie podbrzusza wpływa dodatnio na bolesne miesiączkowanie.

Na zakończenie autor przestrzega przed naświetlaniem promieniami Roentgena z obawy przed kastracją.

Nabłoniak komórkowy i jego leczenie promieniami Roentgena. (Le chorionepithéliome et son traitement aux rayons X). Keller R.

Gynéc. Obstétr. T. XXV. Nr. 6, 1932 r.

Autor przytacza obserwację przypadku nabłoniaka komórkowego, w którym pomimo usunięcia macicy przyszło szybko do nawrotu w postaci guzka w pochwie. Zastosowano naświetlanie promieniami Roentgena i uzyskano nietylko zniknięcie guza, ale wreszcie po raz pierwszy po szeregu prób — ujemny wynik test'u Zondeka i Aschheima, co świadczy o braku w organizmie czynnych komórek kosmkowych.

Czas, jaki upłynął od chwili zastosowania leczenia jest zbyt krótki (4 mies.), aby uważać chorą za ostatecznie wyleczoną — w każdym jednak razie w chwili obecnej wykazuje ona wszelkie cechy wyleczenia, tak kliniczne, jak biologiczne.

Opierając się na powyższym przypadku autor gorąco poleca naświetlania promieniami Roentgena, tak profilaktycznie po operacji, jak w przypadkach nienadających się do leczenia operacyjnego. Kontrolę nad przypadkami prowadzić należy za pomocą regularnego wykonywania co 3 — 4 tygodni testu Zondeka i Aschheima.

Znieczulenie regjonalne w przypadkach szybkiego opróżniania ciężarnej macicy przez pochwę. (L'anesthésie régionale dans l'évacuation rapide de l'utérus gravide par voie basse). De Perelli della Rocca.

Gynéc. Obstétr. T. XXVI. Nr. 3, 1932 r.

Na zasadzie 30 przypadków, w których autor opróżniał macicę ciężarną przez pochwę zapomocą skrobania lub cięciem pochwowem według Dührssena, — dochodzi on do wniosku, że do zabiegów tych nadaje się znakomicie znieczulenie ponadoponowe z dodatkiem zablokowania zwojów Lee-Frankenhausera, na drodze wprowadzenia płynu znieczulającego do obydwu przymacicz bocznych.

Technika pierwszego z dwu temp znieczulenia przedstawia się jak następuje: chora w pozycji kolanowo-łokciowej, odkażenie skóry, określenie miejsca wkłucia, którym jest hiatus sacro-coccygeus (3 punkty orjentacyjne: po bokach różki kości krzyżowej, od góry wyrostek ościsty 4-go kręgu

krzyżowego), wkłucie cienkiej najlepiej niklowej igły, długości 6 cm. z mandrynem, pod kątem 20° do powierzchni skórnej na głębokość około 6 cm., i wpuszczenie 15 — 20 cm^3 płynu znieczulającego składającego się z mieszaniny ex tempore dwu roztworów.

Rozczyn I: Novocaini — 0,6. Adrenalini $^1/_{1000}$ — VII guttae. Aq. destilatae — 10,0.

Rozczyn II: Natr. bicarbon — 0,15, Natrii chlorati — 0,10. Aquae destilatae — 20,0.

Tempo drugie polega na wprowadzeniu do bocznych przymacicz po 10 cm^3 1% novocainy, przyczem po ściągnięciu części pochwowej macicy ku dołowi wkłuwa się igłę w sklepienie boczne tuż przy macicy na głębokość 1 — 2 cm., kierując ją nieco ku tyłowi.

W wyniku stosowania omawianych metod uzyskano dobre wyniki w 83½% przypadków. Znieczulenie zawiodło całkowicie w 6,5%, a częściowo w 10%. Wykonano ogółem 13 skrobań macicy i 17 operacji według Dührssena. Podwiązywanie jajowodów przez przednie sklepienie udaje się jednak tylko we wczesnym okresie ciąży; poczynając od skończonych 8 tygodni należy raczej wybierać drogę brzuszną, jeśli chodzi o jednoczesne ubezpłodnienie z przerwaniem ciąży. Jeśli jednak chodzi tylko o to ostatnie, to wspomniana metoda znielania jest godna gorącego polecenia; samo znieczulenie przymacicz często zawodzi, i nadaje się raczej dla wieloródek.

Wyleczenie raka szyjki macicy zapomocą wczesnej operacji. (La guérison définitive du cancer du col utérin par l'opération précoce). F a u r e J. L. *Presse méd. 1932 I. str. 585.*

Autor uważa za obowiązek społeczny uświadamiania kobiet, że operacja wykonana we wczesnym okresie raka zdolna jest uleczyć $^9/_{10}$ operowanych. Ściśle mówiąc autor obserwował w latach 1924-1926 — 28 chorych w okresie początkowym raka, na ogólną ilość 185 przypadków tego schorzenia. Z tych 28 kobiet jedna zmarła naskutek operacji, dwie zaginęły, pozostałe żyją; nadmienić jednak należy, że tylko 17 przekroczyło okres 5-letni od czasu operacji, pozostałe 8 były operowane przed 2 — 4½ lat. Praktycznie biorąc autor zalicza te ostatnie chore do wyleczonych, gdyż nawrót raka po upływie 2 lat należy do wielkich rzadkości.

W prywatnej praktyce F. obserwował na 83 przyp. raka, 18 w dobrym stanie, które poddano operacji, i z których 15 żyje i czuje się dobrze, 1 zmarła bezpośrednio po operacji, u dwóch stwierdzono nawrót.

Łącząc razem obie statystyki w jedną otrzymamy 4,34% śmiertelności pierwotnej po operacji (Wertheima), 4,44% nawrotów, i 90,9% wyleczenia.

Liczby powyższe powinny być podane do wiadomości szerokiemu ogółowi, gdyż może zachęcą wreszcie kobiety do wcześniejszego zasięgania porady lekarskiej, co niewątpliwie wpłynie dodatnio na ogólne wyniki lecznicze w raku macicy. Dotąd niestety odsetek „dobrych" przypadków (niezaniedbanych) raka wynosi zaledwie 22% i to w najlepszych statystykach.

Operacyjne przywrócenie drożności jajowodów. Metody i wyniki. (La chirurgie restauratrice des trompes. Les methodes et ses résultats). S e r d u k o f f G. *Gynéc. 131, str. 193, r. 1932.*

Ponieważ niedrożność jajowodów jest, zdaniem autora, przyczyną niepłodności aż w 70% przy-

padków, należy leczniczo dążyć do przywrócenia drożności jajowodów. Osiągnąć to można zapomocą salpingostomji, wszczepienia jajowodu, usunięcia zrostów otaczających jego ujście brzuszne (salpingolysis) względnie stosując kombinację tych metod.

Najlepsze wyniki daje salpingostomja tak pod względem poprawy bezpośredniej, jak co do zajścia w ciążę (średnio 21,2%).

Wszczepienie jajowodów do rogu macicy wykonywa się po nacięciu jej ściany, wprowadzając koniec bliższy do macicy do jej światła; kilkoma szwami przytwierdza się wszczepiony jajowód do otoczenia.

Wyniki jakoby wynosić mają 22 — 33% przypadków zajścia w ciążę.

Z naciskiem podkreślić należy, że tak badanie drożności jajowodów, jak ich operacyjne leczenie przedsiębrać należy po zupełnem uspokojeniu spraw zapalnych.

(Ocena wartości metod operacyjnych przywracania płodności wyrażona przez autora, wydaje się się zbyt optymistyczna. — Przyp. Referenta).

Dalszy los chorych leczonych kolpotomją. (L'avenir des colpotomisées). D e s m a r e s t i B e n o i t H.

Gynéc. Obstetr. T. XXV. Nr. 6. 1932 r.

Kolpotomja zajmuje dotychczas miejsce drugorzędne wśród sposobów leczenia spraw zapalnych miednicy małej; uważana jest ona za operację nagłą, konieczną tylko do chwilowej poprawy stanu ogólnego chorej. Z drugiej strony podnoszą się głosy w piśmiennictwie podnoszące wartość kolpotomji jako zabiegu radykalnie leczącego omawiane schorzenie. Ten ostatni pogląd jest tem ciekawszy dla lekarza, że kolpotomja jest zabiegiem łatwym technicznie i bezpiecznym, czego bynajmniej powiedzieć nie można o innych zabiegach operacyjnych w przypadkach zapalenia narządów miednicy małej.

Aby wyrobić sobie pojęcie o wartości kolpotomji trzeba przedewszystkiem zastanowić się nad odległemi, ostatecznemi wynikami tej operacji.

Otóż wynik jej leczniczy zależy przedewszystkiem od natury schorzenia jakie poddaje leczeniu. Mogą tu wchodzić trzy ewentualności w grę: 1) parametritis purulenta, 2) pelveoperitonitis, bądź perimetritis purulenta, 3) pyosalpinx bądź pyovarium wrośnięte do zatoki Douglasa.

Najlepsze rokowanie co do wyleczenia definitywnego daje pierwsze schorzenie. Nacięcie ropnego zbiorowiska i opróżnienie go leczy sprawę.

W drugiem przypadku wyleczenie ostateczne następuje tylko tam, gdzie mamy do czynienia z prawdziwem zbiorowiskiem płynnej ropy, jak naprzykład w zropiałym krwisteku po ciąży pozamacicznej, lub w przypadku ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego ze zlaniem się ropy do zatoki Douglasa. W innych przypadkach, gdzie przyczyna ropienia leży w zapalnie zmienionych przydatkach, choćby nie wciągniętych bezpośrednio do rany, wyleczenie nastąpić może dopiero po usunięciu sprawy chorobowej.

Najgorsze rokowanie stawiać należy co do ostatecznego wyleczenia w przypadkach, gdzie kolpotomja otwiera ropniak jajowodu lub jajnika.

W tych przypadkach ropienie przez ranę po kolpotomji utrzymuje się bardzo długo, gdyż nie usunięto jego przyczyny.

Z wywodów powyższych wynika, że rokowanie co do wartości leczniczej kolpotomji zależy przedewszystkiem od dokładnego rozpoznania w poszczególnym przypadku.

Rozpoznanie to jednak bynajmniej nie jest łatwe. Stosunkowo najprościej rozpoznać parametritis purulenta. Opieramy się wówczas na jednostronności sprawy, na tem, że guz odpycha macicę na stronę przeciwną; rozpoznanie różniczkowe musi tu iść przedewszystkiem w kierunku odróżnienia od ropniaka jajowodu czy jajnika uwięźgniętego w zatoce Douglasa.

W przypadku pelveoperitonotis purulenta stan ogólny chorej będzie znacznie cięższy, niż w poprzedniem schorzeniu z powodu szybszego wchłaniania się toksyn; badanie wykazuje opór rozlany, bolesny schodzący bardzo nisko aż na przegrodę pochwowo-odbytniczą.

Wreszcie ropniak przydatków wrośnięty do zatoki Douglasa rozpoznać można po ogólnym stanie stosunkowo dobrym, po guzie jednostronnym oddzielalnym od macicy, niekiedy lekko ruchomym; bolesność przy tem jest mniej żywa i bardziej umiejscowiona. Ponadto opór omawiany ma tendencję dążenia raczej ku górze, bez zajęcia przegrody pochwowo-odbytniczej; śluzówka pochwy nie ulega wciągnięciu w sprawę chorobową. W ostatnio omawianym stanie chorobowym nie należy spieszyć się z kolpotomją, raczej doprowadzić środkami zachowawczemi do uspokojenia procesu, a jeśli zmuszeni jesteśmy nacięcie tylnego sklepienia wykonać, winniśmy stawiać ostrożne rokowanie nie zbyt optymistyczne.

Znając wagę dokładnego rozpoznania dla rokowania z jednej strony, z drugiej zaś jego trudność, należy w przypadkach wątpliwych skorzystać z możności bezpośredniego zbadania stanu miednicy małej i po kolpotomji wprowadzić ostrożnie palec przez nowowytworzony otwór obmacując wnętrze miednicy małej.

Znieczulenie miejscowe i regjonalne w położnictwie i ginekologji. (L'anasthésie locale et régionale en gynécologie et en obstétrique). D u h a i l P i e r r e.

Gynéc. Obstetr. T. XXVI, Nr. 33 1932 r.

W znakomicie opracowanym artykule zbiorowym autor omawia sposoby znieczulenia wchodzące obecnie w coraz częstsze użycie i zyskujące coraz więcej gorących zwolenników, jako bezpieczniejsze od dotychczas używanych, a dające dostateczne znieczulenie nawet w większych zabiegach. Sposobami temi są znieczulenie regjonalne i znieczulenie miejscowe.

Opuszczając z braku miejsca rozważania ogólne pragnę podać w skróceniu jedynie techniczne o nich dane.

Znieczulenie regjonalne według Frigyesi'ego wykonywuje się jak następuje. Po usadowieniu chorej na stole wymacuje się grzebienie talerzy biodrowych i wyznacza się linję łączącą te grzebienie ze sobą; linja ta przechodzi przez 3-ci lub 4-ty krąg lędźwiowy; następnie zaznacza się linję łączącą dolne kąty łopatek, która przechodzi przez 6 lub 7-my kręg piersiowy; wreszcie prowadzi się linję równoległą do kręgosłupa ale w odległości 4 cm od niego i w tej linji wprowadza się igłę

prostopadle do skóry tak głęboko, aż osiągniemy żebro lub wyrostek poprzeczny kręgu. Z chwilą kiedy dotkniemy żebra lub do poprzecznego wyrostka, posuwamy dalej igłę ku wewnątrz, skręcając ją o 10 do 20°, i posuwamy się jeszcze o 2 — 3 cm. tak, aby ominąć żebro lub wyrostek od dołu. Teraz dopiero wstrzykuje się 15 cm³ rozczynu znieczulającego przyczem injekcję tę nie przerywa się wycofując się aż do poziomu powierzchni zewnętrznej żebra. Do znieczulania w zakresie klatki piersiowej używa się igły długości 6 cm., w zakresie kręgosłupa lędźwiowego — 8 cm.

Następnie wykonywuje się znieczulenie krzyżowe. Chora w pozycji ginekologicznej z miednicą lekko uniesioną. Określamy umiejscowienie kości ogonowej i o 1½ cm. w bok po każdej stronie zaznacza się punkty wkłucia. Wbijamy najpierw na głębokość 15 cm. aż do wyczucia oporu kostnego, który spotykamy na wysokości górnego brzegu drugiego otworu krzyżowego; cofamy wówczas nieco igłę i wstrzykujemy 25 cm³ rozczynu, następnie wycofując igłę wlewamy jeszcze 10 cm., dzięki czemu znieczulamy III, IV, V nerw krzyżowy. Teraz wprowadzamy znowu igłę, jednak unosząc lekko jej koniec, tak aby na wysokości 10 — 12 cm. dojść do pierwszego otworu krzyżowego; cofamy igłę mniej więcej o 1 cm i wstrzykujemy 20 cm³. Na zakończenie wprowadzamy 5 cm³ pomiędzy kość ogonową a rectum aby zablokować nerwy krzyżowo-ogonowe.

Znieczulając do laparotomji ginekologicznej należy wprowadzić płyn do miejsca wyjścia VIII i XII nerwu piersiowego i I i II nerwów lędźwiowych, jak również znieczulić należy nerwy krzyżowe; takie same znieczulenie stosować należy dla cięcia cesarskiego.

Mówiąc ogólnie dla wysokich laparotomij wystarczy znieczulić nerwy międzyżebrowe; samo znieczulenie nerwów przykręgowych powoduje bezbolesność i rozluźnienie powłok brzusznych; wyłączenie nerwów krzyżowych umożliwia operacje w zakresie miednicy małej, jednakowoż jeśli zmuszeni jesteśmy dotykać macicy i więzadeł winniśmy dodać znieczulenie odcinka lędźwiowego i dolnej części nerwów piersiowych; w większości tych ostatnich przypadków wystarcza znieczulenie nerwów krzyżowych i I — III n. lędźwiowych.

Ostatnio w b. r. Frygyesi ogłosił wyniki swego postępowania, które polega na połączeniu znieczulenia miejscowego z przykręgowym.

To ostatnie wykonywa się na wysokości III kręgu lędźwiowego: po znieczuleniu powierzchownem skóry w okolicy wkłucia wbijamy igłę długości 10 — 12 cm. pod kątem 45° od zewnątrz ku wewnątrz; miejsce wbicia znajduje się na wysokości L_3 o 4 palce poprzeczne od linji środkowej, z każdej strony. Posuwając się w głąb natrafiamy na kostny opór wyrostka poprzecznego, omijamy go i dochodzimy do ciała kręgu; teraz wyciągamy mandryn i, po sprawdzeniu, że nie jesteśmy w naczyniu krwionośnem, cofamy igłę o 1 — 2 mm. i wstrzykujemy 30 cm. ½% rozczynu novocainy.

Po dokonaniu znieczulenia lędźwiowego układamy chorą w zwykłej pozycji do operacji brzusznej i znieczulamy miejscowo. Przedewszystkiem infiltrujemy tkankę podskórną i tłuszczową, następnie powięź i warstwy głębsze i to nie tylko ściśle w linji środkowej ale także na boki, aby założenie wzierników było niebolesne. Po otwarciu jamy brzusznej uwidaczniamy macicę, ale jeszcze przed jej dotknięciem znieczula się więzadło obłe, wstrzykując w jego koniec obwodowy 3 — 5 cm³ ½% rozczynu novocainy, a następnie po 5 cm. w każde więzadło lejkowo-miednicowe i wreszcie po 20 — 30 cm. w każde przymacicze boczne pomiędzy blaszki więzadeł szerokich. Teraz dopiero można uchwycić macicę i wydobyć ją na zewnątrz. W sumie używa się to znieczulanie na całą operację 250 — 300 cm³ ½% novocainy.

O ile jednak po otwarciu jamy brzusznej niemożliwe jest znieczulenie więzadeł, z powodu napr. dużych guzów lub starych zmian zapalnych to nie uzyskamy zupełnej bezbolesności; w takich przypadkach należy przed operacją zastosować dodatkowo znieczulenie krzyżowe lub infiltrację przymacicz. Ilość takich przypadków wyno-

siła w materjale autora zaledwie 25%, na ogólną ilość 112 przypadków (91 laparotomji, 17 przypadków wycięcia macicy przez pochwę i 4 inne operacje pochwowe).

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Rola uczulenia lekowego w przypadkach żółtaczki podczas kuracji specyficznej. (Le rôle de la sensibilisation médicamenteuse dans les ictéres parathérapeutiques). J. Gaté, H. Thiers, P. Cuilleret.

Le Journal de Médec. de Lyon. N. 297/1932.

W czasie stosowania różnych leków chemicznych zdarza się szereg niepożądanych objawów, które przeważnie dzieli się na wczesne i późne (odczyny: miejscowy biotropiczny, objawy: zatrucia, wstrząsu, uczulenia i t. p.).

Przeważna ilość tych odczynów zależy od stanu alergicznego leczonego osobnika. Spostrzeżenia kliniczne pozwalają nam jedynie przypuszczać istnienie tego stanu, badania natomiast i doświadczenia umożliwiają udowodnienie obecności. Bezwzględną wartość mają tutaj 2 doświadczenia: 1 odczyny skórne i 2. badania nad biernem uczuleniem, a mianowicie nad przeniesieniem uczulenia na świnki morskie. Wykonując 2 próby w szeregu przypadków powikłań polekowych wykazali autorzy obecność uczulenia tam, gdzie dotychczas tego nie podejrzewano, a mianowicie w przypadkach grypy, po stosowaniu pochodnych metali, w przypadkach wczesnych zaburzeń kiszkowych, po stosowaniu rtęci i w przypadkach żółtaczki w przebiegu leczenia specyficznego. Autorzy nie twierdzą jednak, że wszystkie żółtaczki, zjawiające się w czasie kuracji specyficznej, zależą od stanu alergicznego danego osobnika, wysuwają jedynie hipotezę etjologji alergicznej żółtaczek, jako równorzędną z innymi.

W sprawie nietypowych owrzodzeń narządów rodnych. (Il faut savoir temporiser devant une ulcération génitale qui ne fait pas sa preuve). A propos de certains traitements d'épreuve imprudemment institués. Jean Gaté i Paul-Jean Michel.

Le Journal de Médec. de Lyon. N. 297/1932.

Autor przestrzega przed stosowaniem kuracji specyficznych w przypadkach niezupełnie pewnych owrzodzeń kiłowych. Kuracja taka zastosowana „na wszelki wypadek" nie przynosi choremu pożytku lecz przeciwnie — zaciemnia cały obraz schorzenia i niejednokrotnie bez potrzeby obciąża dalszą egzystencję chorego niesłusznym brzemieniem.

W sprawie „Kiły opóźnionej". („Sur les syphilis retardeés"). Raul Bernard.

Bruxelles-Médical. N. 20. 15/III. 1931.

Spostrzeżenia kliniczne w przypadkach kiły leczonej tylko jednorazowo wykazują, że im silniejsze zastosowano leczenie tem rzadziej zdarzały się nawroty kliniczne lub serologiczne kiły. Może się zdarzyć, że w przypadkach kiły pierwszorzędnej leczonej jednorazowo i niedostatecznie (małe dawki leków rozciągnięte na długi okres czasu) objawy kiły drugorzędnej ulegają niejako w organiźmie utajeniu i nawet po 2-ch latach mogą wybuchnąć z całą gwałtownością. Widocznie zastosowane leki w tych razach wystarczają do utrzymania krętków w stanie utajenia, nie wystarczają do ich zabicia. Takie właśnie przypadki kiły określa autor nazwą „kiły opóźnionej". Rokowanie w tych razach jest szczególnie niepomyślne, gdyż nawrót kiły atakuje organizm pozbawiony naturalnej odporności, jaka byłaby się wytworzyła podczas normalnego przebiegu schorzenia.

Szereg opisów klinicznych poucza, że w przypadkach kiły pierwszorzędnej seroujemnej najkorzystniej jest: 1) rozpocząć leczenie jaknajwcześniej lekami mieszanymi, bismutem i arsenobenzolem (6 do 7 gramów), 2 starać się utrzymać ciągłość działania leków przez odpowiednie normowanie przerw pomiędzy zastrzykami; 3) po pierwszej kuracji, po możliwie jaknajkrótszej przerwie zastosować drugie leczenie arsenobenzolowe w połączeniu z bi lub Hg (Gougerot); 4) często kontrolować odczyn Wassermana w czasie leczenia i conajmniej w ciągu jednego roku po ukończeniu leczenia; 5) zbadać płyn mózgo-rdzeniowy przed uwolnieniem chorego od dalszego leczenia.

Zaburzenia moczopłciowe a schorzenia tylnej cewki. („Troubles génito-urinaires et lésion de l'urètre posterieur"). Eug. Tant.

Bruxelles-Médical. N. 20. 15/III. 1932.

Znane są przypadki, kiedy chorzy nie wykazujący przy powierzchownem badaniu żadnych zmian patologicznych skarżą się ustawicznie na różne dolegliwości ze strony dróg moczowych. Chorzy ci o ile nie zostaną zbadani przy pomocy uretroskopji, krążą od lekarza do lekarza, zużywając duże ilości rozmaitych leków i zostają w końcu zaliczeni do grupy neurasteników t. zw. „neurastheniques urinaires". W tych przypadkach badanie uretroskopowe wykrywa często zmiany w tylnej cewce.

„Ranna kropla" wydzieliny, wydobywająca się z cewki w przypadkach przebytego zakażenia wiewiorowego, może wskazywać na utrzymanie się stanu kataralnego, spowodowanego w tym zakażeniem. Zdarza się jednak, że chory zapewnia, iż nigdy nie przechodził zakażenia wiewiórowego i że t. zw. „ranna kropla" zjawiła się u niego stopniowo bez jakichkolwiek uprzednich objawów, jest zjawiskiem stałem i nie ustępuje pomimo leczenia miejscowego. Wydzielina taka wyciśnięta z cewki jest biaława, śluzowo-ropna, pod mikroskopem wykazuje obecność nabłonków, nielicznych ciałek ropnych i banalnych mikrobów, jak gronkowce, pałeczki okrężnicy i enterokoki. W tych przypadkach badanie uretroskopowe wykrywa często w tylnej cewce obecność wegetacji i polipów.

W przypadkach narośli bez zakażenia wiewiórowego wszystkie porcje moczu są jasne i zawierają nitki. Ostatnia porcja moczu lub nawet ostatnia kropla tylko może zawierać domieszkę krwi.

Oddawanie moczu bywa w przypadkach narośli w tylnej cewce bardzo częste, niekiedy bolesne pod koniec moczenia, zwłaszcza w nocy. Bóle te mogą być tak silne, że wywołują prawdziwy tenesmus. Oddawanie moczu utrudnione

i przerywane zdarza się często. Częstą skargą chorych jest również wrażenie niecałkowitego opróżniania się pęcherza. Po oddaniu moczu w 10 do 15 minut wypływa z cewki kilka do kilkunastu kropli moczu. Ten objaw wskazuje na obecność większej ilości i brodawek i narośli w tylnej cewce. Bóle są najrozmaitszego rodzaju. W początkowym okresie schorzenia mogą istnieć tylko chwilowe niemiłe sensacje w czasie oddawania moczu. Później uczucie to deklaruje się jako zdecydowany ból i staje się objawem stałym. Ból ten ma charakter piekący promieniuje wzdłuż przewodów nasiennych do jąder, następnie w kierunku kości krzyżowej i ogonowej. Pewne ruchy wyraźnie nasilają bóle. Dotykanie gruczołu krokowego przez odbytnicę bywa bardzo bolesne i powoduje pojawienie się kwaśnej kropli w ujściu cewki moczowej. Badanie kanału cewki jest bolesne i często niewykonalne z powodu spazmu mięśni gładkich cewki. W takich wypadkach — o ile znajduje się równocześnie objawy przewlekłego zakażenia wiewiórowego, wszystkie te dolegliwości często mylnie składa się na karb przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, wykonuje się masaże, rozszerza się kanał, stosuje zastrzyki z 3-ch szczepionek zamiast wykonać badanie uretroskopowe, które ujawniłoby istotną przyczynę tych dolegliwości.

Zmiany w tylnej cewce pozatem są przyczyną często następujących dolegliwości w zakresie czynności narządów płciowych: zaburzenia w erekcji, w ejakulacji, obecność domieszki krwi w nasieniu (haemospermja), priapismus, spermatorrhoea, impotentia. W następstwie tych zaburzeń zjawiają się objawy neurastenji, innych chorób nerwowych i psychicznych.

Uretroskopowe badania tylnej cewki wykrywają w przypadkach wszystkich tych dolegliwości zmiany przerostowe, zanikowe, zapalne, cysty.

L e c z e n i e: polega na stosowaniu szeregu zabiegów, których istotą są prądy o wysokiej częstotliwości: ozonotermja, przegrzewanie (diatermja), elektrokoagulacja i t. zw. „étincelag".

Wszystkie te zabiegi prowadzą do zniszczenia tkanki patologicznej a wykonanie ich jest zabiegiem łatwym i prawie niebolesnym przy zastosowaniu nowoczesnych aparatów, głównie uretroskopu Mac-Carthy.

Statystyki wielu autorów wykazują 80 — 90% wyleczenia. Wynik osiąga się zwykle szybko.

Leczenie niektórych schorzeń skóry sposobem U. V. A. G. („Traitement de certaines affections cutanées par la méthode de L. U. V. A. G"). M. C r a p s i A. A l e c h i n s k y.

La Presse Médic. N. 23. 19/III. 1932.

Sposób leczenia polega na zwilżaniu wodnym roztworem azotanu srebra i następowem miejscowem naświetleniu zmian skóry promieniami ultrafioletowemi. Roztwory azotanu srebra stosowane w tej metodzie są słabe 1% do 5%. Zdrowe części skóry osłania się już to obojętną maścią już to tkaniną. Bezpośrednio po zwilżeniu miejsc chorobowo zmienionych wystawia się je na działanie lampy kwarcowej. Źródło światła powinno być możliwie bliskie. Autorzy stosowali, naprzykład, 5-ciominutowe naświetlenia przy odległości 20 cm; czas ten wystarczał całkowicie do wysuszenia i zczernienia okolicy zwilżonej. O ile barwa po naświetleniu nie jest dosyć czarną — można w czasie naświetlania dodatkowo zwilżyć skórę. Mniej energiczną w redukowaniu stosowanego roztworu była lampa Kromayera, którą stosowano na odległość 10 centym. W następstwie takiego zabiegu sączenie ustępowało a zczerniałe łuski w ciągu najbliższych dni lub godzin odpadały. Zabieg taki powtarzano codziennie, co 2-gi lub co 3-ci dzień po uprzedniem oczyszczeniu danej okolicy.

Tym sposobem leczono 41 chorych zawsze z poprawą. Były to przypadki owrzodzeń rozmaitego pochodzenia, świądu około odbytu, świerzbiączki, rozległego zliszajowacenia i grzybicy skóry.

Pierwszym objawem, który ustępował, było swędzenie, następnym sączenie, które ustępowało z reguły najpóźniej po 3cim zabiegu.

Autorzy zachęceni dobrymi wynikami stosowali następnie powyższą metodę w przypadkach różnych wyprysków i owrzodzeń bakteryjnych skóry — zawsze z wynikiem zadawalającym. Nie spostrzegano nigdy pogorszenia ani objawów podrażnienia.

Wczesne rozpoznanie kiły przy pomocy badania cieczy wydobytej z gruczołów chłonnych. („Le diagnostic précoce de la syphilis par la recherche du tréponème dans le suc de l'adénopathie primaire). A. S é z a r y, P. L e f è v r e i P. B o u t t e a u.

La Presse Médicale. N. 60. 1932.

We wszystkich przypadkach podejrzanych o obecność kiły pierwszorzędnej, w których nie można stwierdzić obecności krętków w wydzielinie, wydobytej z owrzodzenia lub nadżerki, należy pamiętać, że krętki można znaleźć w miąższu wydobytym przez nakłucie najbliższych gruczołów chłonnych chorobowo zmienionych. Do nakłucia używa się igły długości 3 cm., osadzonej szczelnie na 2 — 3 cm.[3] strzykawce. Po odkażeniu skóry pokrywającej gruczoł zmieniony lecz niekoniecznie największy — należy palcem wskazującym i kciukiem lewej ręki unieruchomić gruczoł, następnie wkłuć igłę, przekonać się o jej należytem położeniu przez należyte poruszenie gruczołu i aspirować do strzykawki mętną ciecz, którą bezpośrednio bada się na obecność krętków bladych, najlepiej w ciemnem polu ewentualnie innymi sposobami.

O ile ilość płynu aspirowanego jest niedostateczna — należy nakłucie powtórzyć, wstrzykując do gruczołu kilka kropli soli fizjologicznej. Nakłucie gruczołu nie sprowadza żadnych niepożądanych powikłań o ile gruczoł nie jest za duży (bubo) i o ile skóra pokrywająca gruczoł nie jest objęta procesem zapalnym.

Autor wykonał nakłucia w 50 przypadkach owrzodzeń kiły pierwszorzędnej, w których znaleziono uprzednio krętki blade i w wydzielinie z samego owrzodzenia i w 20 przypadkach owrzodzeń kiłowych, w których wydzielinie z owrzodzenia krętków nie znaleziono.

W pierwszej grupie chorych było 28 wyników dodatnich, w drugiej 17 dodatnich. Należy podnieść, że krętki w gruczołach znajdują się coraz rzadziej w miarę posuwania się schorzenia, naprzykład w początkowych okresach owrzodzeń kiłowych znajduje się je w 83% a tylko w 38% — do 25% w późniejszym okresie kiły drugorzędnej.

Fakt ten nie umniejsza jednakże wartości rozpoznawczej tej metody, która służy do rozpoznania kiły w jaknajwcześniejszym okresie.

Metoda powyższa oddaje duże usługi:

1) w przypadkach wątpliwej kiły I sero-ujemnej, nie wykazującej obecności krętków w wydzielinie z owrzodzenia w tym okresie schorzenia, w którym kilkudniowa nawet zwłoka w leczeniu schorzenia powoduje przejście schorzenia w serododatnie;

2) w przypadkach kiły I, leczonej miejscowo różnymi środkami, w których skutkiem leczenia krętki w wydzielinie owrzodzenia znikły;

3) w przypadkach owrzodzeń mieszanych, w których zaledwie 20% wykazuje obecność krętków bladych;

4) w przypadkach owrzodzeń niedostępnych dla badania, np. owrzodzeń pod napletkiem przy równoczesnej stulejce wrodzonej lub zapalnej;

5) w przypadkach owrzodzeń, które przeszły niespostrzeżenie, jak np. często u kobiet;

6) w przypadkach owrzodzeń kiły I w jamie ustnej, gdzie napotykamy na duże trudności w odróżnianiu krętków bladych od treponema dentium. Te ostatnie nigdy nie przedostają się do gruczołów chłonnych.

Wkońcu autor przypomina, że jak wszystkie metody, tak i opisana w swoich wynikach ujemnych niema żadnej wartości.

Leczenie trądzika. (Le traitement de l'acné polymorphe). A. Sézary.

La Presse Médic. N. 60. 1932.

Istotę trądzika stanowią 2 sprawy chorobowe. Pierwszą jest ustawiczne nadmierne wydzielanie gruczołów łojowych, drugą — dołączające się zakażenie. Dokładny wzgląd w ten drugi czynnik patologiczny nasunął autorowi na myśl zastosowanie w lecznictwie trądzika środków odkażających. Z licznych środków tej grupy wybrał autor nalewkę jodową, o której, jako o pomocniczym środku w leczeniu trądzika, wspominali uprzednio nieliczni autorzy.

Autor postanowił przeprowadzić konsekwentne i systematyczne badania, dotyczące wartości leczniczej tego środka w przypadkach trądzika. Stosował mianowicie 1% nalewkę jodową w postaci pendzlowań, wykonywanych co wieczór w miejscach najbardziej łojotokowych twarzy, bez uprzedniego mycia lub stosowania jakiejkolwiek maści. Chorzy znosili te zabiegi bardzo dobrze, w niektórych przypadkach autor zwiększał stężenie nalewki do 1 : 75 a nawet i 1 : 50. Zabarwienie skóry znikało zrana następnego dnia.

Stosując wyłącznie to leczenie autor stwierdził, że nalewka jodowa działała nietylko jako środek odkażający mieszki włosowe, działała również jak środek hamujący łojotok. Po kilku tygodniach leczenia wykwity trądzika albo nie tworzyły się wcale, albo były objawem bardzo rzadkim. W dalszym ciągu autor zalecał chorym wykonanie raz na miesiąc 3 — 4 pendzlowań celem zabezpieczenia ich od nawrotów.

Następnie autor łączył wyżej opisane leczenie nalewką jodową z dotychczas stosowanem powszechnie leczeniem siarką, zalecając wykonywać każdą kurację naprzemian co tydzień.

Doskonałym sposobem sprzyjającym szybszemu wyleczeniu okazały się również masaże twarzy i opróżnianie mieszków przy pomocy wygniatania. Te zabiegi powinny być wykonane przed zastosowaniem środka leczniczego.

Z. Jastrzębska.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*

Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".

Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.

Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

		1/1 str.	½ str.	¼ str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„ 350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—

ZAKŁ. GRAF PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54. TEL.: 615-56 i 242-40.